ANXIETATEA

Scott Stossel (n. 1969), jurnalist şi editor american, absolvent al Universităţii Harvard, a publicat articole şi eseuri în *The Atlantic*, *The New Yorker*, *The New Republic*, *The New York Times*, *The Wall Street Journal* etc. Cărţile sale – *Sarge*: *The Life and Times of Sargent Shriver* (2011) şi *Mp Age of Anxiety*: *Fear*, *Hope*, *Dread*, *and the Search for Peace of Mind* (2014) – s-au bucurat de succes, iar în 2014 a primit Erikson Institute Prize for Excellence în Mental Health Media.

SCOTT STOSSEL

ANXIETATEA

O poveste personală despre frică, speranţă şi căutarea liniştii interioare

Traducere din engleză de Vlad Vedeanu

HUMANITAS
BUCUREŞTI

Redactor: Mona Antohi

Coperta: Ioana Nedelcu

Tehnoredactor: Manuela Măxineanu

Corector: Andreea Niţă

DTP: Florina Vasiliu, Veronica Dinu

Tipărit la Livco Design

Scott Stossel

My Age of Anxiety: *Fear*, *Hope*, *Dread and the Search for Peace of Mind* Copyright © 22014, Scott Stossel

All rights reserved.

© HUMANITAS, 2019, pentru prezenta versiune românească

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României

Stossel, Scott

Anxietatea: o poveste personală despre frică, speranţă şi căutarea liniştii interioare / Scott Stossel; trad. din engleză de Vlad Vedeanu.

— Bucureşti: Humanitas, 2019

Conţine bibliografie

ISBN 978 – 973 – 50 – 6575 – 1

I. Vedeanu, Vlad (trad.) 616
EDITURA HUMANITAS
Piaţa Presei Libere 1, 013701 Bucureşti, România tel. 021/408 83 50, fax 021/408 83 51
www.humanitas.ro
Comenzi Online: www.libhumanitas.ro
Comenzi prin e-mail: vânzări (a) libhumanitas.ro
Comenzi telefonice: 021/311 23 30
Pentru Maren şi Nathaniel – fie ca pe voi să vă cruţe
Cuprins
I. GHICITOAREA ANXIETĂŢII
1. Natura anxietăţii 11
2. Despre ce vorbim când vorbim despre anxietate? 44
II. O ISTORIE A TULBURĂRILOR MELE INTESTINALE
3. Se mişcă ceva prin burtă 81
4. Anxietatea de performanţă 116
III. MEDICAMENTE
5. „O mână de enzime” 179
6. O scurtă istorie a panicii, sau cum medicamentele au creat o nouă tulburare 212
7. Medicamentele şi semnificaţia anxietăţii 236
IV. NATURĂ *VERSUS* CULTURĂ
8. Anxietatea de separare 269
9. Oameni care au tendinţa de a se îngrijora şi oameni care pornesc la luptă: genetica anxietăţii 307
10. Epocile anxietăţii 345
V. SALVARE ŞI REZILIENŢĂ
11. Salvare 367
12. Reziliență. 385
Mulţumiri 397
Note 401
Bibliografie 423
Partea I
GHICITOAREA ANXIETĂŢII
CAPITOLUL I

Natura anxietăţii

Şi niciun Mare Inchizitor n-are la îndemână torturi atât de îngrozitoare ca anxietatea, niciun spion nu se pricepe să-şi atace suspectul atât de perfid – exact în clipa când acesta este cel mai vulnerabil, sau să facă laţul în care să-l ademenească atât de ademenitor – cum se pricepe anxietatea. Şi niciun judecător sagace nu ştie să examineze […] acuzatul ca anxietatea, fără să-l scape deloc, nici tu la distracţie, nici tu să facă gălăgie, nici tu la muncă, nici tu ziua, nici tu noaptea.

— Søren Kierkegaard, *Begrebetăngest* (1844) a

…este clar ca problema angoasei este un punct nodal la care se referă cele mai diferite şi cele mai importante întrebări, o enigmă a cărei rezolvare ar trebui să arunce multă lumină asupra întregii noastre vieţi psihice.

— Sigmund Freud, *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1933) b

Am tendinţa nefericită de a ezita în momentele cruciale.

De exemplu, în faţa altarului unei biserici din Vermont, aşteptându-mi viitoarea soţie să traverseze culoarul şi să ne căsătorim, încep să mă simt înfiorător. Nu doar o senzaţie vagă de greaţă, ci mi-e extrem de rău şi tremur – şi, mai mult decât orice, transpir, în biserică e foarte cald – e început de iulie – şi mulţi oameni transpiră în costumele şi rochiile lor de vară. Dar nu ca mine. Pe măsură ce se desfăşoară ceremonia, pe frunte şi deasupra buzei de sus încep să-mi apară broboane de sudoare. În fotografiile de a) Søren Kierkegaard, *Conceptul de anxietate*, trad. de Adrian Arsinevici, Amarcord, Timişoara, 1998, p. 204 (n.tr.).

b) Sigmund Freud, *Teoria generală a nevrozelor*, trad. de Roxana Melnicu, în *Opere esenţiale*, vol. 1, Editura Trei, Bucureşti, 2010, p. 438 (n.tr.). nuntă se vede cum stau încordat în faţa altarului, cu un zâmbet întunecat pe chip, privind cum logodnica mea traversează culoarul la braţul tatălui ei: în poze, Susanna e strălucitoare; eu sunt

lucios. Până să mi se alăture în partea din faţă a bisericii, şuvoaie de transpiraţie îmi curg în ochi şi mi se scurg pe sub guler. Ne întoarcem spre preot. În spatele lui sunt prietenii pe care i-am rugat să ţină un discurs şi văd că se uită la mine evident îngrijoraţi. *Ce se întâmplă cu el*? îmi închipui că se gândesc. *O să leşine*? Doar faptul că îmi imaginez aceste gânduri mă face să transpir şi mai mult. Cavalerul meu de onoare, aflat la câţiva paşi în spatele meu, mă bate pe umăr şi îmi dă un şerveţel cu care să mă şterg pe frunte. Prietena mea Cathy, care stă în ultimele rânduri ale bisericii, îmi va spune mai târziu că a avut un impuls puternic de a-mi aduce un pahar de apă; păream că tocmai încheiasem un maraton, mi-a zis ea.

Expresiile faciale ale celor care vor ţine discursurile au trecut de la manifestarea unei îngrijorări moderate la ceea ce mie îmi pare groază nedisimulată: *O să moară*? încep să mă întreb asta eu însumi. Fiindcă am început să tremur. Nu mă refer la un tremurat uşor, tipul de tremur subtil care nu s-ar vedea decât dacă aş avea în mână o hârtie – mă simt de parcă aş fi în pragul convulsiei. Mă concentrez să nu cad din picioare ca un epileptic şi sper că pantalonii sunt destul de largi ca tremurul să nu fie prea evident. Mă sprijin acum de femeia care aproape îmi este soţie – de ea nu se poate să-mi ascund tremurul –, iar ea face tot ce-i stă în puteri să mă susţină.

Preotul continuă să vorbească monoton; n-am idee ce spune. (Cum s-ar zice, nu sunt aici şi acum.) Mă rog să se grăbească ca să scap de chin. Se opreşte şi se uită la mine şi la logodnica mea. Când mă vede – lucind de transpiraţia care curge şi cu panica în ochi – se alarmează. „Sunteţi bine?” mă întreabă cu voce scăzută. Neajutorat, dau din cap că da. (Fiindcă ce ar face dacă aş spune nu? Ar da lumea afară din biserică? Ruşinea ar fi insuportabilă.)

În timp ce preotul îşi reia slujba, eu mă lupt cu trei lucruri: tremurul membrelor, impulsul de a vomita şi pierderea cunoştinţei. Şi mă gândesc: *Scoate-mă de aici*. De ce? Pentru că sunt aproape 300 de oameni – prieteni şi

rude şi colegi – care se uită cum ne căsătorim, iar eu sunt pe cale să mă prăbuşesc. Mi-am pierdut controlul asupra propriului corp. Ar trebui ca acesta să fie unul dintre cele mai fericite, mai importante momente din viaţa mea, iar eu sufăr. Îmi fac griji că nu voi supravieţui.

Transpirând, sfârşit, tremurând, mă străduiesc să duc la bun sfârşit ritualul căsătoriei (să spunem „Da”, să ne punem verighetele, să sărut mireasa), sunt groaznic de îngrijorat că toţi (părinţii soţiei mele, prietenii ei, colegii mei), văzându-mă, probabil că-şi spun: *Are îndoieli despre căsătorie*? *Să fie asta o dovadă a slăbiciunii lui fundamentale*? *A laşităţii lui*? *A nepotrivirii dintre ei*? *Se* confirmă, mă tem, orice îndoială pe care ar fi avut-o vreun prieten de-al soţiei mele. *Ştiam eu*, îmi imaginez că se gândesc acei prieteni. *Asta* demonstrează *că nu e demn să se însoare cu ea*. Arăt de parcă aş fi făcut duş cu hainele pe mine. Glandele mele sudoripare – fragilitatea mea fizică, slaba mea fibră morală – au fost revelate lumii. Nevrednicia existenţei mele a fost expusă.

Din fericire, ceremonia se încheie. Lac de sudoare, traversez culoarul, agăţat cu recunoştinţă de proaspăta mea soţie, şi, când ieşim din biserică, simptomele fizice acute intră în remisiune. Nu o să am convulsii. Nu o să leşin. Însă, în timp ce întâmpin lumea la restaurant şi în timp ce beau şi dansez la petrecere, mimez fericirea. Zâmbesc la cameră, strâng mâini – şi îmi doresc să mor. Şi de ce nu? Am eşuat într-una dintre cele mai elementare îndatoriri masculine: căsătoria. Cum am reuşit să stric şi asta? în următoarele 72 de ore îndur o disperare brutală, sfârtecătoare.

Anxietatea ucide relativ puţini oameni, dar mult mai mulţi ar prefera moartea ca alternativa la paralizia şi suferinţa provocate de anxietate în formele sale grave.

— David H. Barlow, *Anxiety and Its Disorders* (*Anxietatea şi tulburările sale*) (2004)

Nunta mea nu a fost prima dată când m-am prăbuşit şi nu a fost nici ultima. La naşterea primului nostru copil,

asistentele au trebuit să se oprească puţin din îngrijirea soţiei mele, aflată în chinurile facerii, ca să se ocupe de mine, palid şi căzut. Am încremenit pe scenă, mortificat, la lecturi şi prezentări publice, iar în câteva ocazii am fost obligat să fug de pe scenă. Am abandonat întâlniri, am ieşit din examene şi am avut căderi nervoase la interviuri pentru slujbe, în avion, în tren şi în maşină sau mergând pur şi simplu pe stradă. În zile obişnuite, făcând lucruri obişnuite – citind o carte, stând în pat, vorbind la telefon, participând la o şedinţă, jucând tenis –, am fost lovit de mii de ori de o senzaţie pătrunzătoare de groază existenţială şi am fost asaltat de greaţă, ameţeală, tremur şi nenumărate alte simptome fizice. În aceste situaţii, am fost convins uneori că moartea – sau altceva mai rău – e iminentă.

Chiar şi când astfel de episoade acute nu mă chinuiesc activ, sunt copleşit de îngrijorare: pentru sănătatea mea şi pentru sănătatea membrilor familiei mele; pentru economii; pentru muncă; pentru huruitul din maşina mea şi apa care-mi picură la subsol; pentru apropierea bătrâneţii şi inevitabilitatea morţii; pentru tot şi nimic. Uneori, această îngrijorare se transformă într-un disconfort fizic minor – dureri de burtă, dureri de cap, ameţeală, dureri de mâini şi de picioare – sau o stare generală de rău, ca şi cum aş avea mononucleoză sau gripă. Mi s-a întâmplat uneori ca anxietatea să inducă dificultăţi de respiraţie, de înghiţire, chiar şi de mers; aceste dificultăţi devin apoi obsesii care îmi consumă gândirea cu totul.

Sufăr şi de unele frici specifice sau fobii. Pentru a numi câteva: spaţii închise (claustrofobie); înălţimi (acrofobie); leşin (astenofobie); să fiu departe de casă fără să mă pot întoarce (un tip de agorafobie); germeni (bacilofobie); brânză (turofobie); vorbit în public (o subcategorie a fobiei sociale); zbor (aerofobie); vomitat (emetofobie) şi, normal, vomitat în avion (aeronausifobie).

Când eram mic şi mama făcea Dreptul la seral, îmi petreceam serile acasă, cu o bonă, îngrozit de gândul

abject că părinţii mei au murit într-un accident de maşină sau că m-au abandonat (termenul clinic pentru asta e „anxietate de separare”); până la şapte ani lăsasem urme adânci în covorul din camera mea într-un du-te-vino neîncetat, încercând să fac prin voinţă ca părinţii mei să se întoarcă acasă. În clasa întâi, luni întregi mi-am petrecut aproape fiecare după-amiază în cabinetul medical, suferind de dureri de cap psihosomatice, implorând să mă duc acasă; până în clasa a III-a, durerile de burtă au înlocuit durerile de cap, dar am continuat să mă târăsc zilnic la infirmerie. În timpul liceului, pierdeam intenţionat meciuri de tenis sau de squash pentru a scăpa de agonia anxietăţii pe care mi-o provocau acele situaţii competitive. La singura – unica – întâlnire pe care am avut-o în liceu, când domnişoara s-a apropiat pentru un sărut într-un moment romantic (eram afară, privind constelaţiile prin telescopul ei), am fost copleşit de anxietate şi a trebuit să mă retrag de teamă să nu vomit. Mi-a fost atât de ruşine, încât nu i-am mai răspuns la telefon.

Pe scurt, de pe la vârsta de doi ani am fost un ghem spasmodic de fobii, frici şi nevroze. Şi, de la zece ani, când am fost dus pentru prima oară la un spital psihiatric pentru evaluare şi am fost apoi trimis la un psihiatru pentru tratament, am încercat să-mi depăşesc anxietatea prin diverse moduri.

Iată ce am încercat: psihoterapie individuală (timp de trei decenii), terapie de familie, terapie de grup, terapie cognitiv-comportamentală (TCC) (*cognitive-behavioral therapy* – CBT), terapie raţional-emotivă (TRE’) (*raţional emotive therapy* – RET), terapie prin acceptare şi angajament (TAA) (*acceptance and commitment therapy* – ACT), hipnoză, meditaţie, joc de rol, terapie prin expunere interoceptivă, terapie prin expunere *in vivo*, terapie suportiv-expresivă, desensibilizare şi reprocesare prin mişcări oculare (DRMO) (*epe movement desensitization and reprocessing*-EMDR), manuale de *self-help*, masaj terapeutic, rugăciune, acupunctură, yoga, filosofie stoică şi

casete audio pe care le-am comandat după ce am văzut o reclamă difuzată la televizor noaptea târziu.

Şi medicamente. Multe medicamente. Thorazine. Imipramine. Desipramine. Chlorpheniramine. Nardil. Bu Spar. Prozac. Zoloft. Paxil. Wellbutrin. Effexor. Celexa. Lexapro. Cymbalta. Luvox. Trazodone. Levoxyl. Propranolol. Tranxene. Serax. Centrax. Sunătoare. Zolpidem. Valium. Librium. Ativan. Xanax. Klonopin.

De asemenea: bere, vin, gin, burbon, vodcă şi scotch.

Iată ce a funcţionat: nimic.

De fapt, asta nu e cu totul adevărat. Unele medicamente au ajutat puţin, pentru perioade limitate. Thorazine (un antipsihotic care înainte era clasificat ca sedativ puternic) şi imipramina (antidepresiv triciclic) s-au asociat pentru a mă ajuta să nu ajung la spitalul de psihiatrie la începutul anilor ’80, când urmam şcoala generală şi eram răvăşit de anxietate. Desipramine, un alt triciclic, m-a susţinut când aveam douăzeci şi ceva de ani. Paxil (un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei sau ISRS) (*selective serotonin reuptake inhibitor*-SSRI) mi-a oferit aproximativ şase luni de reducere semnificativă a anxietăţii când aveam aproape 30 de ani, înainte ca frica să izbucnească din nou. Pe la treizeci şi ceva de ani, cantităţi masive de Xanax, propranolol şi vodcă (de-abia dacă) m-au ajutat să trec printr-un turneu de promovare a unei cărţi şi prin diverse lecturi publice şi apariţii la televizor. Un scotch dublu plus un Xanax şi un Dramamine pot uneori, dacă sunt administrate înainte de decolare, să facă zborul tolerabil – iar două scotch-uri duble, administrate într-o succesiune suficient de rapidă, pot să ascundă groaza existenţială, făcând-o să pară mai estompată şi mai îndepărtată.

Dar niciunul dintre aceste tratamente nu a redus fundamental anxietatea subiacentă ce pare întreţesută în sufletul meu şi integrată în corpul meu şi care uneori îmi face viaţa mizerabilă. Pe măsură ce trec anii, speranţa de a mă vindeca de anxietate a pălit şi s-a transformat în

dorinţa de a ajunge la o înţelegere cu ea, de a găsi un atribut care să o răscumpere sau un beneficiu care să amelioreze faptul că, prea adesea, sunt o epavă agitată, tremurândă şi nevrotică.

Anxietatea este cea mai proeminentă caracteristică mentală a civilizaţiei occidentale. – R.R. Willoughby, *Magic and Cognate Phenomena* (*Magia şi fenomenele cogniţiei*) (1935)

Anxietatea şi tulburările asociate acesteia constituie cea mai comună formă a bolilor mintale din clasificarea oficială de astăzi din SUA, mai răspândită chiar decât depresia şi alte tulburări afective. Conform Institutului Naţional de Sănătate Mintală (National Institute of Mental Health – NIMH), aproximativ 40 de milioane de americani, aproape unul din şapte dintre noi, suferă la un moment dat de o formă de tulburare anxioasă, însumând 31 % din cheltuielile pentru sănătate mintală din SUA.1 Conform datelor epidemiologice recente, „incidenţa din timpul vieţii" a tulburării de anxietate este mai mare de 25% – ceea ce, dacă e adevărat, înseamnă că unul din patru dintre noi se poate aştepta să fie lovit de anxietate debilitantă la un moment dat în viaţă.2 Şi *este* debilitantă: cercetări recente susţin că perturbările psihice şi fizice legate de faptul de a trăi cu o tulburare de anxietate sunt echivalente cu cele implicate în viaţa unui diabetic – gestionabile de obicei, uneori fatale şi întotdeauna un chin. Un studiu3 publicat în *The American Journal of Psychiatry* în 2006 a descoperit că, în fiecare an, americanii pierd în total 321 de milioane de zile de muncă din cauza anxietăţii şi depresiei, ceea ce costă economia 50 de miliarde de dolari anual; un articol din 2001, publicat de Biroul American pentru Statistica Muncii, a estimat la un moment dat că în fiecare an muncitorii americani care suferă de anxietate sau tulburare de stres pierd în medie 25 de zile.4 în 2005 – cu trei ani înainte de izbucnirea crizei economice recente – americanii au luat 53 de milioane de reţete pentru doar două medicamente anxiolitice: Ativan şi

Xanax.5 (în săptămânile de după 9/11, reţetele pentru Xanax au crescut cu 9% la scară naţională6 – şi cu 22% în oraşul New York.) în septembrie 2008, criza economică a provocat în oraşul New York o creştere masivă a numărului de reţete7: când băncile îşi dădeau duhul şi bursa era în cădere liberă, numărul de reţete pentru medicamente antidepresive şi anxiolitice a crescut cu 9% faţă de anul precedent, iar numărul de reţete pentru somnifere a crescut cu 11 %.

Deşi unii au susţinut că anxietatea este o afecţiune foarte americană, nu doar americanii suferă de ea. Un raport8 publicat în 2009 de Fundaţia pentru Sănătate Mintală din Marea Britanie a descoperit că 15% dintre oamenii care trăiesc în Anglia suferă în prezent de o tulburare de anxietate şi că acest procent este în creştere: 37% dintre britanici spun că se simt mai speriaţi decât se simţeau mai demult. Un articol9 recent din *The Journal of the American Medical Association* a observat că, în multe ţări, anxietatea clinică este cea mai frecventă tulburare afectivă. O analiză10 globală cuprinzătoare a studiilor asupra anxietăţii, publicată în 2006 în *The Canadian Journal of Psychiatry*, a ajuns la concluzia că, la nivel mondial, un număr de până la unu din şase oameni vor fi afectaţi de o tulburare de anxietate pentru cel puţin un an la un moment dat în timpul vieţii; alte studii au raportat descoperiri asemănătoare.11

Desigur, aceste numere se referă la oameni care, ca mine, conform unor criterii de diagnostic stabilite întrucâtva arbitrar de Asociaţia Americană de Psihiatrie, sunt practic clasificabili ca fiind anxioşi *clinic*. Dar anxietatea depăşeşte cu mult populaţia celor bolnavi mintal din punct de vedere oficial. Rapoartele12 medicilor de familie indică faptul că anxietatea este una dintre cele mai frecvente plângeri care aduc pacienţii la cabinet – conform unora dintre ei, mai frecvent decât răceala obişnuită. Un studiu13 din 1985, desfăşurat la scară mare, a descoperit că anxietatea a determinat peste 11 % dintre

consultaţiile la medicii de familie; un studiu din anul următor a raportat că până la unul din trei pacienţi14 se plângea medicului de familie de „anxietate severă”. (Alte studii au raportat că 20% din pacienţii15 medicilor de familie din America iau benzodiazepine ca Valium sau Xanax.) Şi aproape toată lumea a trăit la un moment dat chinurile anxietăţii – sau ale fricii sau stresului sau îngrijorării, fenomene diferite, dar înrudite. (Cei care nu pot resimţi anxietatea sunt, în general, mai profund bolnavi – şi mai periculoşi pentru societate – decât cei care o resimt acut sau iraţional; sunt sociopaţi.)

Puţini oameni de astăzi ar pune la îndoială că stresul cronic este o emblemă a timpurilor noastre sau că anxietatea a devenit un fel de condiţie culturală a modernităţii. Trăim, după cum s-a spus de multe ori încă din zorii erei atomice, într-o epocă a anxietăţii – şi asta, oricât ar fi de clişeu, pare să se fi adeverit şi mai mult în ultimii ani, când America a fost asaltată fără întrerupere de terorism, de catastrofe şi perturbări economice şi de transformări sociale masive.

Şi totuşi, până în urmă cu 30 de ani, anxietatea *per* să nu exista ca tulburare clinică. În 1950, când psihanalistul Rollo May a publicat*âhe Meaning of Anxiety* (*Semnificaţia anxietăţii*), a observat că până atunci doar doi alţi oameni, Søren Kierkegaard şi Sigmund Freud, au dedicat cărţi întregi ideii de anxietate. În 1927, conform listării din *Psychological Abstracts*, au fost publicate doar trei articole academice despre anxietate; în 1941 erau doar 14; şi până în 1950, doar 37. Prima conferinţă academică dedicată vreodată exclusiv subiectului anxietăţii a avut loc abia în iunie 1949. Şi abia în 1980 – după ce noi medicamente pentru tratarea anxietăţii au fost dezvoltate şi aduse pe piaţă – tulburările de anxietate au fost introduse în sfârşit în cea de-a treia ediţie a *Manualului de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistica*! *Manual of Mental Disorders – DSM*) publicat de Asociaţia Americană

de Psihiatrie, înlocuind nevrozele freudiene. Se poate spune că tratamentul a precedat diagnosticul – adică descoperirea medicamentelor anxiolitice a dus la crearea anxietăţii ca diagnostic.

În ziua de azi, mii de articole despre anxietate se publică în fiecare an; mai multe reviste academice îi sunt dedicate în întregime. Cercetarea anxietăţii aduce constant noi descoperiri şi intuiţii nu numai despre cauzele şi tratamentele anxietăţii, ci şi, mai general, despre modul în care funcţionează mintea – despre relaţia dintre minte şi corp, dintre gene şi comportament şi dintre molecule şi emoţii. Folosindu-ne de tehnologia imagisticii prin rezonanţă magnetică funcţională (RMNF) (*funcţional magnetic resonance imaging* – FMRI), putem acum să localizăm diverse emoţii resimţite subiectiv în anumite părţi ale creierului şi putem chiar să facem diferenţa între diverse tipuri de anxietate în funcţie de efectul lor vizibil asupra funcţionării cerebrale. De exemplu, îngrijorarea generalizată pentru evenimente viitoare (să spunem, grija mea că industria editorială s-ar putea să nu supravieţuiască îndeajuns de mult timp pentru ca această carte să se lanseze sau că s-ar putea ca propriii mei copii să nu îşi permită să se ducă la facultate) tinde să apară ca hiperactivitate la nivelul lobilor prefrontali ai cortexului cerebral. Anxietatea severă pe care o resimt unii oameni când vorbesc în public (asemenea groazei pure – amorţite de medicamente şi alcool – pe care am trăit-o eu alaltăieri, în timpul unei prelegeri) sau pe care o încearcă persoanele extrem de timide când socializează tinde să apară ca activitate excesivă în ceea ce se numeşte cortex cingular anterior. În acelaşi timp, anxietatea obsesiv-compulsivă se poate manifesta la o tomografie ca perturbare a reţelei neuronale care leagă lobii prefrontali de centrii cerebrali inferiori de la nivelul ganglionilor bazali. Ştim acum, datorită cercetării de pionierat desfăşurate de specialistul în neuroştiinţe Joseph LeDoux în anii ’80, că cele mai multe emoţii şi comportamente de frică sunt într-un fel sau

altul produse de – sau cel puţin procesate prin – amigdală, un organ micuţ în formă de migdală de la baza creierului, care a devenit în ultimii cincisprezece ani ţinta multor cercetări asupra anxietăţii din domeniul neuroştiinţelor.

De asemenea, ştim mult mai mult decât ştiau Freud sau Kierkegaard despre cum diferiţi neurotransmiţători – cum ar fi serotonina, dopamina, acidul gamma-aminobutiric, noradrenalina şi neuropeptida Y – reduc sau amplifică anxietatea. Şi ştim că există un puternic element genetic al anxietăţii; începem chiar să învăţăm destul de detaliat în ce constă acest element în 2002, pentru a cita doar un exemplu din sute altele, cercetătorii de la Universitatea Harvard au identificat ceea ce media au numit „gena Woody Allen” 16 pentru că activează un anumit grup de neuroni din amigdală şi din alte zone ale părţilor esenţiale ale reţelei neuronale care controlează comportamentul de frică. Astăzi, cercetătorii se concentrează pe multe astfel de „gene-candidaţi”, măsoară asociaţia statistică dintre anumite variaţii genetice şi anumite tulburări de anxietate şi explorează mecanismele chimice şi neuroanatomice care „mediază” această asociaţie, încercând să descopere cu exactitate ce anume transformă o predispoziţie genetică într-o emoţie sau o tulburare de anxietate concretă.

„Adevăratul motiv de entuziasm aici, în studierea anxietăţii deopotrivă ca emoţie şi categorie de tulburări”, spune dr. Thomas Insei, directorul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală, „este că e unul dintre locurile în care putem începe să facem tranziţia de la înţelegerea moleculelor, a celulelor şi a sistemului la emoţie şi comportament. Acum putem în sfârşit să delimităm genele, celulele şi creierul şi sistemele cerebrale” 17.

Frica apare dintr-o slăbiciune a minţii şi, astfel, nu ţine de uzul raţiunii.

— Baruch Spinoza (cca. 1670)

Şi, cu toate progresele aduse de studiul neurochimiei şi neuroanatomiei, propriile mele experienţe sugerează că

domeniul psihologiei este în continuare sfâşiat de dispute legate de ce anume cauzează anxietatea şi cum poate fi tratată. Psihofarmacologii şi psihiatrii la care am fost mi-au spus că medicamentele sunt un *tratament* pentru anxietatea mea; terapeuţii cognitiv-comportamentalişti la care am fost mi-au spus uneori că medicamentele sunt în parte o *cauză* a acesteia.

Conflictul dintre terapia cognitiv-comportamentală şi psihofarmacologie nu este decât ultima versiune a unei dezbateri care durează de câteva milenii. Biologia moleculară, biochimia, analiza regresiei şi imagistica prin rezonanţă magnetică funcţională – toate aceste progrese au făcut posibile descoperiri şi rigoarea ştiinţifică, şi, totodată, modalităţi de tratament la care Freud şi înaintaşii săi din punct de vedere intelectual abia dacă puteau visa. Deşi este adevărat ceea ce Thomas Insei de la NIMH spune despre cercetarea anxietăţii, şi anume că este cel mai avansat stadiu al investigaţiei ştiinţifice asupra psihicului uman, este la fel de adevărat şi că, într-un sens important, nu e nimic nou sub soare.

Precedente ale terapeuţilor cognitiv-comportamentalişti pot fi găsite la Baruch Spinoza, filosoful evreu de origine olandeză din secolul al XVII-lea, care considera anxietatea ca fiind doar o problemă de logică. Gândirea greşită ne face să ne temem de lucruri pe care nu le putem controla, susţinea Spinoza, anticipând cu peste 300 de ani argumentele terapeuţilor cognitiv-comportamentalişti despre cogniţiile greşite. (Dacă nu putem controla un lucru nu are sens să ne temem de el, din moment ce frica nu rezolvă nimic.) Filosofia lui Spinoza pare să fi funcţionat pentru el; biografiile îl prezintă ca un individ remarcabil de senin. Cu aproximativ 1600 de ani înaintea lui Spinoza, filosoful stoic Epictet a anticipat aceeaşi idee despre cogniţiile greşite. „Oamenii nu sunt tulburaţi de lucruri, ci de perspectiva pe care o au asupra lor”, scria el în secolul I; pentru Epictet, rădăcinile anxietăţii nu se află în biologia noastră, ci în modul în care

înţelegem realitatea. Ameliorarea anxietăţii este o chestiune de „corectare a percepţiilor greşite” (după cum spun terapeuţii cognitiv-comportamentalişti). De fapt, se poate ca stoicii să fie adevăraţii strămoşi ai terapiei cognitiv-comportamentale. Când Seneca, un contemporan de-al lui Epictet, scria „Există mai multe lucruri care ne sperie decât care ne fac rău şi suferim mai mult de teamă decât suferim în realitate”, prefigura cu 20 de secole ceea ce Aaron Beck, fondatorul oficial al terapiei cognitiv-comportamentale (CBT), va spune în anii ’50?

Precedentele intelectuale ale psihofarmacologiei moderne sunt chiar mai departe în trecut. Hipocrate, medicul grec din Antichitate, a ajuns în secolul al IV-lea î.Hr. la concluzia că anxietatea patologică era o problemă pur şi simplu biologică şi medicală. „Dacă deschizi capul [unui bolnav mintal]”, scria Hipocrate, „descoperi că creierul este umed, plin de transpiraţie şi miroase urât”. Pentru Hipocrate, „fluidele corporale” erau cauza nebuniei; o revărsare bruscă de bilă în creier provoacă anxietate. (Urmându-l pe Hipocrate, Aristotel a pus mare accent pe temperatura bilei: bila caldă stârneşte căldură şi entuziasm; bila rece provoacă anxietate şi laşitate). Din perspectiva lui Hipocrate, anxietatea şi alte tulburări psihiatrice erau probleme medico-biologice, cel mai bine tratate prin reechilibrarea umorilor.11[1]

Dar Platon şi discipolii săi credeau că viaţa psihică era independentă de fiziologie şi nu erau de acord cu ideea că anxietatea sau melancolia aveau o bază organică în corp; modelul biologic al bolii mintale era, după cum a spus un filosof grec din Antichitate, „inutil ca povestea unui copil” 18. În perspectiva lui Platon, deşi medicii puteau uneori să uşureze afecţiuni psihice minore (pentru că problemele emoţionale se reflectă uneori în corp), problemele afective profunde nu puteau fi abordate decât

1u) Hipocrate credea că menținerea sănătății fizice și mintale impunea menținerea echilibrului a ceea ce el numea cele patru umori sau fluide corporale: sânge, flegmă, bilă neagră și bilă galbenă. Echilibrul relativ al umorilor

de filosofi. Anxietatea şi alte neplăceri mintale nu apăreau din dezechilibre fiziologice, ci din dizarmonia sufletului; recuperarea impunea o mai profundă cunoaştere de sine, mai mult autocontrol şi un mod de viaţă călăuzit de filosofie. Platon credea că (după cum a spus un istoric al ştiinţei) „dacă trupul şi mintea unei persoane sunt în general în formă bună, poate să vină un doctor şi să îndrepte un rău mic, aşa cum cineva poate să cheme un instalator; dar dacă este afectat întregul material, doctorul este inutil” 19. Filosofia, conform acestei perspective, era singura metodă adecvată pentru tratarea sufletului.

Prostii, a spus Hipocrate: „Tot ce au scris filosofii despre ştiinţa naturii nu se aplică medicinei mai mult decât picturii”, a declarat el.[2°]

Este anxietatea patologică o tulburare medicală, aşa cum susţin Hipocrate şi Aristotel şi farmacologii moderni? Sau este o problemă filosofică, aşa cum cred Platon şi Spinoza şi terapeuţii cognitiv-comportamentalişti? Este o problemă psihologică, un produs al traumei din copilăriei şi al inhibiţiei sexuale, aşa cum consideră Freud şi acoliţii lui? Sau este o afecţiune spirituală, aşa cum au afirmat Søren Kierkegaard şi descendenţii săi existenţialişti? Sau, în sfârşit, este – aşa cum au declarat W.H. Auden şi David

---

2u nei persoane determina temperamentul ei: dacă cineva cu o cantitate relativ mai mare de sânge putea avea un ten roșiatic și un temperament ager și „sangvin“ și putea fi înclinat spre izbucniri temperamentale, cineva cu o cantitate relativ mai mare de bilă neagră putea avea pielea închisă la culoare și un temperament melancolic. O combinație optimă a umorilor (eucrasid) determina starea de sănătate; când umorile își pierdeau echilibrul (dyscrasia), rezultatul era boala. Deși teoria umorală a minții elaborată de Hipocrate este acum discreditată, s-a menținut timp de 2000 de ani, până în secolul al XVI-II-lea, și persistă și astăzi modul în care folosim cuvintele „bilios“ sau „flegmatic“ pentru a descrie personalitățile oamenilor - și în abordarea biomedicală a anxietății și a bolilor mintale în general.

!) Sau a declarat cineva care l-a urmat. Majoritatea istoricilor consideră că ceea ce a ajuns la noi ca așa-numite scrieri hipocratice reprezintă de fapt creația mai multor doctori care l-au urmat pe Hipocrate. Unele texte din acest corpus par să fi fost redactate după moartea lui și se consideră că ar fi fost

Riesman şi Erich Fromm şi Albert Camus şi nenumăraţi comentatori moderni – o afecţiune culturală, o funcţie a timpurilor în care trăim şi a structurii societăţii noastre?

Adevărul e că anxietatea este în acelaşi timp o funcţie a biologiei şi filosofiei, a corpului şi a minţii, a instinctului şi a raţiunii, a personalităţii şi a culturii. În timp ce anxietatea este retrăită la un nivel spiritual şi psihic, poate fi măsurată ştiinţific la nivel molecular şi fiziologic. Este produsă de natură şi este produsă de cultură. Este un fenomen psihologic şi un fenomen sociologic. În termenii tehnologiei informatice, este deopotrivă o problemă de hardware (circuitele mele nu sunt bine montate) şi o problemă de software (rulez programe greşite de logică care mă fac să am gânduri anxioase). Originea temperamentului are multe faţete; dispoziţiile afective care par să aibă o sursă unică, simplă – o genă proastă, să spunem, sau o traumă din copilărie – s-ar putea să aibă mai multe. La urma urmei, cine poate afirma că lăudatul echilibru interior al lui Spinoza nu deriva mai puţin din filosofia lui cât din biologia lui? Nu se poate oare ca un nivel scăzut, programat genetic, de activare a sistemului nervos autonom să fi produs filosofia lui senină, şi nu invers?

scrise de ginerele său Polybus; fiii lui Hipocrate, Dracon şi Tesalus, au ajuns la rândul lor medici celebri. De dragul simplităţii, mă refer la scrierile lui Hipocrate ca fiind opera unui singur om, din moment ce de la el provine modul de gândire din aceste scrieri.

…nevrozele sunt generate nu numai de experienţele individuale accidentale, ci şi de condiţiile sociale specifice în care trăim… Este un destin individual, bunăoară, să ai o mamă despotică sau una care se „autosacrifică", dar numai în anumite condiţii culturale găsim mame despotice sau mame care se autosacrifică…

— Karen Horney, *The Neurotic Personality of Our Time* (1937) a

Nu trebuie să caut departe ca să găsesc dovezi că

anxietatea este o trăsătură familială. Străbunicul meu Chester Hanford, care a fost mulţi ani decan la Harvard, a fost internat la sfârşitul anilor ’40 la Spitalul McLean, celebrul spital de boli psihice din Belmont, Massachusetts, suferind de anxietate acută. Ultimii 30 de ani din viaţa lui au fost adesea agonie. Deşi medicamentele şi tratamentele cu electroşocuri aduceau uneori remisiuni ale suferinţei lui, astfel de răgazuri erau temporare, iar în cele mai întunecate momente din anii ’60 era doar un ghem fetal în dormitorul lui, scoţând ceea ce părinţii mei îşi amintesc drept gemete neomeneşti. Copleşită de responsabilitatea de a-l îngriji, soţia lui, străbunica mea, o femeie formidabilă şi sclipitoare, a murit în 1969 de o supradoză de scotch şi somnifere.

Fiul lui Chester Hanford este bunicul meu din partea mamei. Acum în vârstă de 93 de ani, e un bărbat extrem de împlinit şi, privit din afară, încrezător. Însă are un temperament predispus la îngrijorare şi o mare parte din viaţă a fost împovărat de o colecţie de ritualuri specifice tulburării obsesiv-compulsive (OCD), clasificată oficial ca un tip de tulburare anxioasă. De exemplu, nu iese niciodată dintr-o clădire decât pe uşa pe care a intrat, superstiţie care duce uneori la manevre logistice complexe. Mama, la rândul ei, este foarte încordată şi se îngrijorează cu înverşunare şi suferă de multe dintre fobiile şi nevrozele de care sufăr eu. Evită cu asiduitate înălţimile (lifturile de sticlă, telescaunele), vorbitul în public şi asumarea celor mai multe tipuri de riscuri. La fel ca în cazul meu, vomitatul o sperie de moarte. Când era tânără suferea a) Karen Horney, *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, trad. de Leonard Gavriliu, Univers Enciclopedic, Bucureşti, 2010, p. 10 (n.tr.). de atacuri de panică frecvente şi severe. În momentele de anxietate maximă (sau cel puţin aşa susţine tatăl meu, fostul ei soţ), fricile ei frizau paranoia: când era însărcinată cu mine, spune tatăl meu, era convinsă că un ucigaş în serie într-un Volkswagen galben ne supraveghea apartamentul? Celălalt

copil al părinţilor mei, sora mea mai mică, se luptă cu o anxietate diferită de a mea, dar nu mai puţin intensă. Şi ea a luat Celexa – şi Prozac şi Wellbutrin şi Nardil şi Neurontin şi Bu Spar. Niciunul nu a funcţionat, iar astăzi ea este poate unul dintre puţinii membri ai familiei din partea mamei care nu urmează un tratament psihiatric. (Diverse alte rude din partea mamei s-au bazat, la rândul lor, timp de mulţi ani pe medicamente antidepresive şi anxiolitice.)

Doar pe baza dovezilor acestor patru generaţii de rude din partea mamei (şi există un adaos separat de psihopatologie din partea familiei tatălui meu, care bea până cădea lat cinci seri din şapte în cea mai mare parte din timpul ultimei perioade a copilăriei mele), nu este neîntemeiat să ajung la concluzia că am o predispoziţie genetică la anxietate şi depresie.

Însă aceste fapte, în sine, nu sunt hotărâtoare – fiindcă nu este oare posibil ca transmiterea anxietăţii de la o generaţie la alta din partea mamei să nu aibă nimic de-a face cu genele şi să fie întru totul determinată de mediu? în anii ’20, străbunicii mei au avut un copil care a murit din cauza unei infecţii. Asta i-a devastat. Poate că această traumă şi trauma de mai târziu de a fi avut mulţi studenţi care au murit în al Doilea Război Mondial au făcut să se rupă ceva în psihicul străbunicului meu – şi, astfel, şi în al bunicului meu. Bunicul meu era în şcoala primară când a murit fratele lui şi îşi aduce aminte că stătea lângă micul sicriu când dricul îl ducea la cimitir. Poate că mama, la rândul ei, şi-a căpătat anxietatea pentru că a fost martoră la superstiţiile şi obsesiile tatălui ei şi la angoasa bunicului ei (ca să nu mai vorbim de îngrijirea anxioasă a mamei sale prăpăstioase); termenul psihologiei

9 Astăzi, mama şi tata, divorţaţi acum de 15 ani, nu sunt de acord în privinţa gravităţii paranoiei: tata insistă că era semnificativă; mama susţine că era minoră (şi că, la drept vorbind, atunci chiar umbla liber un ucigaş în serie).

pentru asta este „modelare”. Şi poate că eu,

observând fobiile mamei mele, le-am adoptat la rândul meu. Deşi există dovezi substanţiale că anumite fobii – mai ales cele bazate pe frici care ar fi fost adaptative în stare naturală, cum ar fi fobia de înălţimi sau de şerpi sau de rozătoare – sunt transmisibile genetic, sau „păstrate în evoluţie”, nu este la fel de plauzibilă, dacă nu şi mai plauzibilă, concluzia că am învăţat să fiu fricos văzându-mi mama fricoasă? Sau că natura în general neliniştită a mediului psihologic din copilăria mea – bâzâitul anxios şi constant al mamei, absenţa tatălui meu alcoolic, tumultul nefericit al căsniciei lor care urma să se încheie cu un divorţ – a produs în mine o sensibilitate neliniştită asemănătoare? Sau că paranoia şi panica mamei din perioada în care era însărcinată cu mine a produs în pântec o asemenea *Sturm und Drang* hormonală, încât eu am fost condamnat să mă nasc cu o tulburare nervoasă? Cercetările sugerează că este mai probabil ca mamele care suferă din cauza stresului în timpul sarcinii să aibă copii anxioşi.1 Thomas Hobbes, filosoful politic, s-a născut prematur când pe mama lui, îngrozită de vestea că Armada spaniolă avansa spre ţărmul britanic, au apucat-o timpuriu chinurile facerii, în aprilie 1588. „Odată cu mine a venit pe lume şi frica mea” 22, a scris Hobbes şi a atribuit propriul temperament anxios naşterii premature induse de groaza mamei. Poate că punctul de vedere al lui Hobbes conform căruia un stat puternic trebuie să protejeze cetăţenii de violenţa şi suferinţa pe care şi-o provoacă în mod natural unul altuia (viaţa, după cum memorabil a spus el, este neplăcută, brutală şi scurtă) a avut ca fundament temperamentul anxios care i-a fost insuflat *in utero* de hormonii de stres ai mamei.

Sau anxietatea mea are rădăcini mai adânci şi mai ample decât lucrurile pe care le-am trăit şi genele pe care le-am moştenit – adică în istorie şi în cultură? Părinţii tatălui meu au fost evrei care au fugit de nazişti în anii ’30. Mama tatălui meu a devenit o dezagreabilă evreică antisemită – şi-a renegat apartenenţa evreiască de frică să

nu fie într-o zi persecutată pentru asta. Eu şi sora mea mai mică am fost crescuţi în credinţa Bisericii Episcopale, originea noastră evreiască fiindu-ne ascunsă până când eu am ajuns la facultate. Cât despre tatăl meu, toată viaţa a fost fascinat de al Doilea Război Mondial şi mai ales de nazişti; se uita iar şi iar la emisiunea *The World at War*. În amintirea mea, acel program, cu muzica tunătoare care acompania înaintarea naziştilor spre Paris, este fundalul sonor al copilăriei mele timpurii? Evreii îndelung persecutaţi au, desigur, milenii de experienţă cu motive de a fi speriaţi – ceea ce explică poate de ce unele studii au arătat că bărbaţii evrei suferă de depresie şi anxietate într-un procent mai mare decât bărbaţii din alte grupuri etnice? 1

Pe de altă parte, moştenirea culturală a mamei a fost foarte WASPB; este o mândră descendentă *Mayflowerc* care, până de curând, adera din toată inima la concepţia că nu există emoţie sau problemă de familie care să nu trebuiască reprimată.

a) Serie de filme documentare despre al Doilea Război Mondial, difuzată iniţial între 1973 şi 1976 (n.tr.).

Când mama era la cursurile serale de Drept, eu şi sora mea ne petreceam serile învârtindu-ne de colo-colo prin casă, în timp ce tata cânta la pian câteva fugi de Bach, după care se aşeza cu un castron de pop-corn şi o sticlă de gin la *The World at War*.

u) Există de asemenea dovezi23 că scorurile IQ mai înalte ale evreilor ashkenazi sunt cumva legate de rata ridicată de anxietate a acestui grup şi există explicaţii evoluţioniste plauzibile pentru faptul că inteligenţa şi imaginaţia, deopotrivă, tind să fie aliatele anxietăţii. (Diverse studii au descoperit că IQ-ul mediu al evreilor ashkenazi este cu opt puncte mai mare decât cel al următorului grup etnic cu cele mai înalte scoruri, populaţia din nord-estul Asiei, şi mai mare cu aproape o întreagă deviaţie standard decât alte grupuri europene.)

b) White Anglo-Saxon Protestant (protestant alb

anglo-saxon), denumire a membrilor clasei sociale elitiste a americanilor cu ascendenţă britanică protestantă (n.tr.).

c) Descendenţi ai pasagerilor navei *Mayflower*, care a adus în America primii puritani britanici (n.tr.).

Aşadar, eu: amestec de patologie evreiască şi WASP – un evreu nevrotic şi histrionic reprimat într-un WASP nevrotic şi refulat. Nu e de mirare că sunt anxios: sunt ca un Woody Allen închis într-un Jean Calvin.

Sau, la urma urmei, este anxietatea mea „normală" – un răspuns natural la timpurile în care trăim? Eram în şcoala generală când s-a lansat la televizor *The Day After*, filmul despre urmările distopice ale unui atac nuclear. Ca adolescent, aveam frecvent vise care se încheiau cu o rachetă ce brăzda cerul. Erau aceste vise dovezi de psihopatologie anxioasă? Sau o reacţie rezonabilă la condiţiile pe care le percepeam – la urma urmei, aceleaşi condiţii care i-au preocupat pe analiştii politicilor de apărare în anii '80? Războiul Rece, bineînţeles, s-a încheiat de mult – dar a fost înlocuit de ameninţarea avioanelor deturnate, bombe radioactive, terorişti cu bombe pe sub haine, atacuri chimice, antrax, ca să nu mai vorbim de SARS (sindromul acut respirator sever), gripa porcină, tuberculoza rezistentă la tratament, perspectiva apocalipsei induse de schimbările climatice şi stresul neîntrerupt provocat de o cădere economică planetară şi de o economie globală care trece prin schimbări aparent fără sfârşit. În măsura în care este posibil să măsurăm asemenea lucruri, erele de transformare socială par să producă o amplificare masivă a anxietăţii populaţiei, în epoca noastră postindustrială de incertitudine economică, când structurile sociale trec prin perturbări constante şi când rolurile profesionale şi de gen se schimbă întruna, nu este normal – chiar adaptativ – să fii anxios?

La un nivel, da, este – cel puţin în măsura în care întotdeauna, sau adesea, este adaptativ să fii rezonabil de anxios. Conform lui Charles Darwin (el însuşi suferind de o agorafobie incapacitantă care l-a obligat să stea în casă ani

în şir după călătoria pe *Beagle*), speciile care „se tem bine” îşi cresc şansele de supravieţuire. Este mai puţin probabil ca noi, oamenii anxioşi, să ne eliminăm din fondul genetic zbenguindu-ne, să spunem, pe marginea prăpastiei sau devenind piloţi de vânătoare.

Un studiu24 influent desfăşurat în urmă cu o sută de ani de doi psihologi de la Harvard, Robert M. Yerkes şi John Dillingham Dodson, a demonstrat că niveluri moderate de anxietate *îmbunătăţesc* performanţa la oameni şi animale: prea multă anxietate, evident, duce la scăderea performanţei, dar şi prea *puţină* anxietate determină scăderea performanţei. În anii ’50, când a explodat utilizarea medicamentelor anxiolitice, unii psihiatri au atras atenţia asupra pericolelor unei societăţi care nu este îndeajuns de anxioasă. „Ne vom confrunta atunci cu perspectiva de a dezvolta o rasă flască de oameni, ceea ce s-ar putea să nu fie prea bine pentru viitorul nostru” 25, a scris unul din ei. Alt psihiatru a subliniat că „Van Gogh, Isaac Newton: majoritatea geniilor şi marilor creatori nu au fost senini. Erau oameni agitaţi, preocupaţi de sine, mânaţi de o forţă internă neobosită şi asaltaţi de nelinişti” 26.

Reducerea la tăcere a unor astfel de genii este preţul pe care societatea ar trebui să-l plătească pentru reducerea semnificativă a anxietăţii, prin farmacologie sau altfel? Şi este ăsta un preţ care merită plătit?

„Fără anxietate, nu s-ar face prea multe” 27, spune David Barlow, fondator şi director onorific al Centrului pentru Anxietate şi Tulburări Anxioase de la Universitatea Boston. „Performanţa atleţilor, a oamenilor din showbiz, a celor cu putere executivă, a artizanilor şi a studenţilor ar avea de suferit; creativitatea s-ar diminua; s-ar putea să nu fie semănate culturile. Şi am ajunge cu toţii la acea stare idilică după care tânjeşte societatea noastră rapidă de a ne trece viaţa la umbra unui copac. Asta ar fi la fel de mortal pentru specie ca războiul nuclear”.

Am ajuns să cred că anxietatea însoţeşte activitatea

intelectuală ca şi cum ar p umbra acesteia şi că vom şti cu atât mai mult despre *intelect cu cât vom şti despre natura anxietăţii*.

— Howard Liddell, „The Role of Vigilance in the Development of Animal Neurosis" Q. Rolul vigilenţei în dezvoltarea nevrozei la animale") (1949)

Cu aproximativ 80 de ani în urmă, Freud a sugerat că anxietatea este „o enigmă a cărei rezolvare ar trebui să arunce multă lumină asupra întregii noastre vieţi psihice" a. Descifrarea misterelor anxietăţii, considera el, ne va fi de mare ajutor în dezlegarea misterelor minţii: conştiinţă, sine, identitate, intelect, imaginaţie, creativitate – ca să nu mai vorbim de durere, suferinţă, speranţă şi regret. Pătrunderea şi înţelegerea anxietăţii este, într-un anumit sens, pătrunderea şi înţelegerea condiţiei umane.

Diferenţa dintre modul în care diverse culturi şi epoci au perceput şi au înţeles anxietatea ne poate spune multe despre acele culturi şi epoci. De ce vedeau grecii antici şi şcoala hipocratică anxietatea ca fiind în principal o afecţiune medicală, în timp ce filosofii iluminişti o vedeau ca o problemă intelectuală? De ce vedeau primii existenţialişti anxietatea ca o afecţiune spirituală, în timp ce medicii din Gilded Ageb o vedeau ca un răspuns tipic anglo-saxon – un răspuns care credeau că nu afectează societăţile catolice – la stresul Revoluţiei Industriale? De ce vedeau primii freudieni anxietatea ca afecţiune psihică provocată de inhibiţia sexuală, în timp ce propria noastră epocă tinde să o vadă, din nou, ca o afecţiune medicală şi neurochimică, o problemă de disfuncţie biomecanică?

Reprezintă aceste interpretări mersul înainte al progresului şi ştiinţei? Sau doar modurile schimbătoare, ciclice, în care funcţionează culturile? Ce ne spune despre aceste societăţi faptul că americanii care vin la camera de gardă cu atacuri de panică tind să creadă că au un atac cardiac, în timp ce japonezii tind să creadă că o să leşine? Suferă iranienii care se plâng de ceea ce numesc „disconfort cardiac" de ceea ce psihiatrii occidentali ar

numi atacuri de panică? Sunt acele *ataques de nervios* resimţite de sud-americani pur şi simplu atacuri de panică cu o inflexiune latino – sau sunt, aşa cum consideră acum cercetătorii moderni, un sindrom cultural şi medical distinct? De ce tratamentele pentru anxietate care funcţionează atât de bine pentru americani şi francezi par să nu fie eficiente pentru chinezi?

a) Freud, *Prelegeri de introducere în psihanaliză*, trad. de Roxana Melnicu, în *Opere esenţiale*, vol. I, Editura Trei, Bucureşti, 2017, p. 438 (n.tr.).

b) Perioadă din istoria Statelor Unite de la sfârşitul secolului al XIX-lea caracterizată de o creştere economică rapidă şi afişare ostentativă a opulenţei (n.tr.).

Fascinante şi multifaţetate cum sunt aceste idiosincrazii culturale, consecvenţa subiacentă a experienţelor de-a lungul timpului şi în cadrul culturilor exprimă universalitatea anxietăţii ca trăsătură umană. Chiar filtrat prin practicile şi credinţele culturale specifice ale eschimoşilor din Groenlanda de acum o sută de ani, sindromul pe care ei îl numesc „angoasă de canoe” (cei afectaţi se temeau să se ducă singuri la vânătoare) pare să nu fie foarte diferit de ceea ce astăzi numim agorafobie. În scrierile antice ale lui Hipocrate pot fi găsite descrieri clinice ale anxietăţii patologice care sună foarte modern. Unul dintre pacienţii lui era îngrozit de pisici (fobie simplă, care ar primi astăzi, în scopuri care ţin de asigurările de sănătate, codul 300.29, conform celei de-a cincea ediţii a *Manualului de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale – DSM-V*), iar un altul de lăsarea serii; un al treilea, relatează Hipocrate, era „copleşit de groază” ori de câte ori auzea un flaut; un al patrulea nu putea să meargă de-a lungul „unui şanţ cât de mic”, deşi nu avea nicio problemă să meargă *prin* şanţ – dovadă a ceea ce astăzi am numi acrofobie sau teamă de înălţimi. Hipocrate descrie şi un pacient care suferea de ceea ce probabil s-ar numi în terminologia modernă tulburare de panică cu agorafobie (cod *DSM-V 300.22*): afecţiunea, după cum o

descrie Hipocrate, „loveşte în general afară, dacă persoana merge pe un drum singuratic şi frica pune stăpânire pe ea”. Sindroamele descrise de Hipocrate pot fi recunoscute ca aceleaşi fenomene clinice descrise în ultimele numere ale *Archives of General Psychiatry* şi *Bulletin of the Menninger Clinic*.

Asemănările acoperă distanţa de milenii şi circumstanţele care le separă şi dau impresia, cu toate diferenţele de cultură şi context, că aspectele fiziologice ale anxietăţii ar putea fi un dat universal al experienţei umane.

În această carte îmi propun să explorez „ghicitoarea” anxietăţii. Nu sunt medic, psiholog, sociolog sau istoric al ştiinţei – oricare dintre ei ar aduce o mai mare autoritate academică unui tratat despre anxietate decât o fac eu. Aceasta este o lucrare de sinteză şi informare care adună laolaltă analizarea ideii de anxietate din istorie, literatură, filosofie, religie, cultură populară şi ultimele cercetări ştiinţifice – toate întreţesute prin ceva la care eu (vai mie!) pot spune că mă pricep foarte bine: propria mea experienţă în materie de anxietate. Examinarea profunzimilor propriei mele nevroze poate părea culmea narcisismului (iar studiile chiar arată că preocuparea de sine tinde să fie legată de anxietate), dar este un exerciţiu cu antecedente notabile. În 1621, Robert Burton, savant de la Oxford, a publicat cartea canonică *The Anatomy of Melancholy**, o impresionantă lucrare de sinteză de 1300 de pagini, ale cărei torente de exegeză nu ascund decât parţial ceea ce este de fapt: o litanie masivă de plângeri anxioase şi depresive. În 1733, George Cheyne, un important medic londonez şi unul dintre cei mai influenţi gânditori preocupaţi de psihologie din secolul al XVIII-lea, a publicat *The English Malady*, care include capitolul de 40 de pagini „Cazul autorului” (dedicat „confraţilor mei întru suferinţă”), în care vorbeşte extrem de detaliat despre propria nevroză (inclusiv despre „înfricoşare, nelinişte, spaimă şi teroare” şi „o melancolică înfricoşare şi panică,

pentru care raţiunea nu-mi era de niciun ajutor”) şi despre simptomele fizice (printre care „o durere de cap bruscă şi violentă”, „patimă la stomac” şi „colici neîncetate şi un gust rău în gură”) de-a lungul anilor. Mai recent, odiseea intelectuală a lui Charles Darwin, Sigmund Freud şi William James a fost puternic impulsionată de curiozitatea lor şi de dorinţa lor de a găsi uşurare pentru propria suferinţă anxioasă. Freud s-a folosit, printre altele, de fobia lui acută de tren şi de ipohondria sa pentru a-şi construi teoria psihanalizei; în urma călătoriei pe *Beagle*, Darwin a fost efectiv constrâns să nu iasă din casă din pricina tulburărilor legate de stres – a petrecut ani întregi căutând o ameliorare a anxietăţii sale, ducându-se în staţiuni balneare şi, la sfatul unui medic, acoperindu-se cu gheaţă. James a încercat să-şi ascundă de public fobiile, dar era adesea îngrozit în secret. „M-am trezit dimineţi la rând cu o groază oribilă în stomac şi cu o senzaţie a) Vezi şi Robert Burton, *Anatomia melancoliei*, trad. de Iustina Croitoru, Editura Herald, Bucureşti, 2016 (n.tr.).

de nesiguranţă a vieţii pe care nu o mai simţisem niciodată până atunci” 28, scria el în 1902, la debutul anxietăţii sale. „Luni întregi am fost incapabil să ies singur după căderea întunericului”.

Spre deosebire de Darwin, Freud şi James, eu nu-mi propun să schiţez o întreagă nouă teorie a minţii sau a naturii umane. Cartea de faţă este mai curând motivată de pornirea de a înţelege şi de a ameliora sau de a răscumpăra suferinţa anxioasă. Această pornire m-a dus deopotrivă înapoi, în istorie, şi înainte, la frontierele cercetării ştiinţifice moderne. Am petrecut o mare parte din ultimii opt ani citind sute de mii de pagini scrise în ultimii 3.000 de ani despre anxietate.

Din viaţa mea au lipsit, din fericire, marile tragedii sau melodrame. Nu am fost la închisoare. Nu am fost în niciun centru de reabilitare. Nu am atacat pe nimeni şi nu am încercat să mă sinucid. Nu m-am trezit dezbrăcat în mijlocul unui câmp, nu am stat într-o casă de drogaţi şi nici

nu am fost dat afară dintr-o slujbă pentru că m-aş fi purtat haotic. În ce priveşte psihopatologiile, a mea a fost – până acum, cea mai mare parte din timp, privind din afară – tăcută. Robert Downey Jr. nu o să joace în filmul biografiei mele. Sunt, după cum se spune în literatura clinică, „înalt funcţional" pentru cineva care are o tulburare anxioasă sau o boală psihică; de obicei mă pricep să o ascund. Destul de mulţi oameni, dintre care unii cred că mă cunosc destul de bine, s-au arătat uimiţi că eu, care par atât de aşezat şi imperturbabil, am ales să scriu o carte despre anxietate. Eu zâmbesc uşor, fierbând pe dinăuntru şi gândindu-mă la ce am aflat că este semnătura caracteristică personalităţii fobice: „necesitatea şi capacitatea" – aşa cum descrie cartea de *self-help Your Phobia* – „de a păstra o aparenţă relativ calmă, neperturbată faţă de ceilalţi în timp ce înăuntru trăieşti o suferinţă extremă". 1

9 „în cazul multor, multor persoane care au tulburări anxioase – în special agorafobie sau tulburare de panică – oamenii ar fi surprinşi să afle că ei au probleme de anxietate, pentru că par atât de «aşezaţi» şi stăpâni pe situaţie", spune Paul Foxman, psihologul care conduce Centrul pentru Tulburări Anxioase din Burlington, Vermont. „Par să se simtă bine, dar şinele public şi cel privat sunt deconectate".

Poate că unora li se pare că sunt calm. Dar dacă ai putea să vezi dincolo de aparenţe, ai înţelege că sunt ca o raţă – calc apa, calc apa, calc apa.

Principalul pacient de care mă ocup sunt eu însumi.

— Sigmund Freud către Wilhelm Fliess (august 1897)

Mi-a trecut prin minte că scrierea acestei cărţi s-ar putea să fie o idee proastă: dacă tânjesc după uşurarea suferinţei nervoase, atunci să mă îngrop în istoria şi ştiinţa anxietăţii şi în propriul meu psihic poate că nu e cea mai bună metodă de a reuşi.

În călătoriile mele prin istoria anxietăţii, am dat peste o cărticică de *self-help* scrisă de un veteran britanic

pe nume Wilfrid Northfield, care s-a îmbolnăvit de neurastenie în Primul Război Mondial şi apoi a petrecut zece ani debilitat de anxietate, înainte de a reuşi să se vindece şi să scrie propriul ghid pentru recuperare. Publicată în 1933, *Conquestof Nerves*: *The Inspiring Record of a Personal Triumph over Neurasthenia* (*Cucerirea nervilor*: *relatarea încurajatoare a unui triumf personal asupra neurasteniei*) a devenit un bestseller; exemplarul meu este din a şasea ediţie, din 1934. În ultimul capitol, „Câteva cuvinte de încheiere", Northfield scrie: „Există un lucru de care neurastenicul trebuie să se păzească din răsputeri, iar acesta este să vorbească despre necazurile lui. Nu obţine astfel nicio consolare şi niciun ajutor". Northfield continuă: „A vorbi despre necazuri într-un mod volubil, deznădăjduit, nu face decât să sporească agonia şi să «exagereze» emoţiile. Nu numai atât, dar este şi egoist". Citând un alt autor, ajunge la concluzia: „Să nu-ţi arăţi niciodată rănile decât unui medic".

Să nu-ţi arăţi niciodată rănile. Păi, după mai bine de 30 de ani de strădanii – reuşite de cele mai multe ori – de a-mi ascunde anxietatea de oameni, o expun aici pe termen nelimitat pentru cunoştinţe şi străini deopotrivă. Dacă Northfield are dreptate (şi îngrijorata mea mamă este de acord cu el), acest proiect nu prea are cum să fie de bun augur pentru sănătatea mea mintală. Elemente ale cercetării moderne susţin avertismentul lui Northfield: oamenii anxioşi au o tendinţă patologică de a-şi concentra atenţia în interior, asupra lor înşişi, într-un mod care sugerează că sălăşluirea pe o perioadă cam de întinderea unei cărţi în propria anxietate nu prea poate să fie o bună modalitate de a scăpa de ea?

Mai mult decât atât, una dintre îngrijorările mele legate de scrierea acestei cărţi este că am subzistat profesional bazându-mă pe capacitatea mea de a proiecta calm şi control; anxietatea mă face conştiincios (mi-e frică să nu stric lucrurile), şi ruşinea mă poate face să par echilibrat (trebuie să ascund faptul că sunt anxios). Un fost

coleg m-a descris o dată ca un „Xanax uman”, spunându-mi, în timp ce eu chicoteam în sinea mea, că proiectez o asemenea liniște sufletească, încât simpla mea prezență poate avea un efect calmant asupra celorlalți: doar să intru într-o încăpere plină de oameni agitați înseamnă să administrez balsamul meu liniștitor; oamenii se relaxează în calea mea. Dacă ar fi știut! Dezvăluind înșelătoria presupusului meu calm, risc oare să pierd capacitatea de a-i liniști pe ceilalți și îmi compromit astfel poziția profesională?

Actualul meu terapeut, dr. W., spune că întotdeauna există posibilitatea ca dezvăluirea anxietății mele să anuleze povara rușinii și să reducă izolarea suferinței solitare. Când începe să mă sperie expunerea problemelor mele psihiatrice într-o carte, dr. W. spune: „Ți-ai ținut anxietatea secretă ani la rând, nu? Cât de bine funcționează asta?”

Are dreptate. Și există o bogată și convingătoare literatură despre cum – contrar sfaturilor lui Wilfrid Northfield (și ale mamei mele) – ascunderea sau reprimarea anxietății chiar produce *mai*

9 David Barlow, unul dintre cei mai proeminenți cercetători din acest domeniu, observă (în terminologia plină de jargon a specialiștilor) că focalizarea pe sine patologică, negativă „pare să fie o parte integrală a structurii cognitiv-afective a anxietății. Această concentrare autoevaluativă negativă și perturbare a atenției este în mare parte responsabilă pentru diminuarea performanței. Această reorientare a atenției contribuie la rândul său la un cerc vicios de aprehensiune în care amplificarea anxietății duce la alte reorientări ale atenției, la deficite mai mari de performanță și la creșterea ulterioară a nivelului de activare”.

multă anxietate.1 Dar nu am cum să scap de îndoiala că acest exercițiu nu este numai egoist și rușinos, ci și riscant – că va fi unul dintre acele momente ale lui Wile E. Coyote, în care mă uit în jos și descopăr că, în loc ca

punctele mele forte sau proptelele din mediu să mă susţină, nimic nu mă împiedică de fapt să cad în prăpastie.

Ştiu cât de indecent şi şocant este egocentrismul, precum şi ca un autor să facă din sine subiectul cuvintelor sau operelor sale, cu precădere într-o asemenea plictisitoare şi amănunţită privinţă: dar… m-am gândit… poate că nu ar fi cu totul zadarnic pentru vreo persoană cotropită, descurajată, îngrijorată de propria-i sănătate, al cărei caz poate fi întrucâtva asemănător cu al meu.

— George Cheyne, *The English Malady* (*Boala engleză*) (1733)

„De ce", mă întreabă dr. W., „crezi că ar fi atât de ruşinos să scrii într-o carte despre anxietatea ta?"

Pentru că tulburării mintale încă i se aplică un stigmat. Pentru că anxietatea este privită ca slăbiciune. Pentru că, aşa cum scria fără menajamente pe semnele din bazele militare aliate din Malta din timpul celui de-al Doilea Război Mondial, „dacă eşti bărbat, stima de sine nu-ţi va permite să recunoşti că ai o nevroză de angoasă sau să arăţi că ţi-e frică". Pentru că îmi fac griji că această carte, cu dezvăluirile ei despre anxietate şi chinuri, va fi o litanie de Prea Multă Informaţie, o violare a standardelor de bază ale reţinerii şi bunei-cuviinţe".

Când îi explic asta doctorului W., spune că însuşi faptul de a lucra la această carte şi de a o publica poate fi terapeutic. Prezentându-mi anxietatea lumii, spune el, mă voi dezvălui. Implicaţia este că asta

*) Pe biroul din faţa mea este un articol din 1997 din *Journal of Abnormal Psychology* intitulat „Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotions" („Ascunderea sentimentelor: efectele severe ale inhibării emoţiilor negative şi pozitive").

") în timp ce scriu asta, pot să aud strădaniile a ceea ce s-ar putea să fie judecata mea mai sănătoasă: *Chiar dacă ai nefericirea de a fi excesiv de anxios, ai măcar demnitatea de a nu trăncăni despre asta în public. Afişează-te imperturbabil şi nu spune nimănui.*

ar fi eliberator, ca şi cum aş fi gay şi aş recunoaşte. Dar faptul de a fi gay – acum, în sfârşit, ştim (homosexualitatea a fost clasificată ca tulburare psihică de Asociaţia Americană de Psihiatrie până în 1973) – nu este o slăbiciune sau un defect sau o boală. Să fii excesiv de neliniştit este.

Mult timp, stăpânit de reţinere şi ruşine, le-am spus oamenilor care mă întrebau despre carte că era „o istorie culturală şi intelectuală a anxietăţii" – adevărat, într-o anumită măsură –, fără să dezvălui aspectele personale ale acesteia. Dar cu puţin timp în urmă, în încercarea de a testa efectele „dezvăluirii" anxietăţii mele, am început uşurel să vorbesc mai direct despre ce era cartea: „o istorie culturală şi intelectuală a anxietăţii, *bazată pe propria mea experienţă legată de anxietate*".

Efectul a fost uimitor. Când am vorbit despre carte ca istorie aridă, oamenii dădeau din cap politicoşi şi, mai târziu, într-un cadru mai restrâns, câţiva mă trăgeau de limbă şi îmi puneau întrebări specifice despre un aspect sau altul al anxietăţii. Dar când am început să recunosc părţile personale ale cărţii, m-am trezit înconjurat de ascultători interesaţi, nerăbdători să-mi spună despre propria lor anxietate sau despre cea a membrilor familiilor lor.

Am fost într-o seară la o cină alături de mai mulţi scriitori şi artişti. Cineva a întrebat la ce lucram, iar eu mi-am ţinut discursul („o istorie culturală şi intelectuală a anxietăţii, *bazată pe propria mea experienţă legată de anxietate*"), vorbind despre unele dintre experienţele mele cu diverse medicamente anxiolitice şi antidepresive. Spre surprinderea *mea*, *fiecare dintre cei nouă oameni din apropiere* a răspuns povestindu-mi câte ceva despre propria sa experienţă cu anxietatea şi medicamentele? Discuţia s-a

*) De exemplu, S., scriitoare de nonficţiune de 30 şi ceva de ani, a povestit că a luat Xanax şi Klonopin pentru anxietate şi cum a trecut de la Prozac la Lexapro pentru că

Prozacul îi afecta libidoul. C., poet la 40 şi ceva de ani, a spus că a trebuit să ia antidepresivul Zoloft pentru atacuri de panică. (Primul atac de panică al lui C. l-a trimis la camera de gardă, convins că era un atac de cord. Atacurile ulterioare, a spus el, „nu au fost la fel de grave fiindcă ştii ce sunt – dar tot sunt înfricoşătoare, pentru că întotdeauna îţi purtat de-a lungul mesei, fiecare împărtăşind propriile poveşti de suferinţă nevrotică?

Am fost uluit că recunoaşterea la cină a propriei mele anxietăţi a provocat o asemenea avalanşă de mărturisiri personale de anxietate şi farmacoterapie. De acord, eram alături de nişte scriitori şi artişti, o categorie evident mai predispusă, după cum au observat mulţi de la Aristotel încoace, la diverse forme de boli psihice decât alţi oameni. Aşa că poate acele poveşti pur şi simplu oferă dovezi că scriitorii sunt nebuni. Sau poate că poveştile sunt dovezi că industria farmaceutică a reuşit să medicalizeze o experienţă umană normală şi să pună pe piaţă medicamente care să o pui problema *Poate că de data asta* chiar *am un atac cardiac*”. Unele studii epidemiologice au descoperit că o treime dintre adulţii care au primul atac de panică ajung la camera de gardă.) K., romancieră, a spus că, în timp ce încerca să termine ultima ei carte, anxietatea s-a înrăutăţit atât de mult, încât nu putea să muncească. Temându-se că înnebunea, s-a dus la psihiatrul ei, care i-a prescris Zoloft, care a îngrăşat-o, şi apoi Lexapro, care i-a amplificat anxietatea atât de mult, încât nu mai putea nici măcar să-şi ia copiii de la şcoală.

Î) După cină, m-a abordat o altă scriitoare. Această femeie – să-i spunem E. – este o corespondentă de război care călătoreşte în toată lumea şi autoare de bestselleruri care are aproape 40 de ani şi care, mi-a spus, suferă de o lungă listă de simptome depresive şi anxioase (inclusiv de tricotilomanie, o tulburare care îi face pe oameni, mai ales pe femei, să-şi smulgă compulsiv părul din cap în perioade stresante), pentru care un doctor i-a prescris antidepresivul Lexapro. M-am arătat uimit că E., în ciuda

anxietăţii şi depresiei ei, a reuşit să călătorească în toată Africa şi în Orientul Mijlociu, să transmită relatări din ţări devastate de război, adesea riscându-şi propria siguranţă; pentru mine, simpla călătorie la mai mult de câteva mile de casă îmi poate provoca anxietate şi diaree. „Mă simt mai calmă în zonele de război”, a spus ea. „Ştiu că e pervers, dar mă simt mai calmă când zboară obuzele; e unul dintre puţinele momente când *nu* simt anxietatea”. Totuşi, perioada în care aşteaptă ca un editor să evalueze un articol pe care l-a trimis poate să o antreneze într-o spirală de anxietate şi depresie. (Freud a observat că ameninţările la adresa stimei noastre de sine şi a conceptului de sine pot adesea să ne provoace o anxietate mult mai mare decât ameninţările la adresa bunăstării noastre fizice.)

„Trateze” 1. Dar poate că mai mulţi oameni decât credeam eu se luptă cu anxietatea.

„Da!” a spus dr. W. când m-am aventurat să-i împărtăşesc această propunere la următoarea noastră şedinţă. Apoi mi-a spus o poveste personală: „Fratele meu era gazda unor întâlniri de salon unde erau invitaţi oameni care să vorbească despre diverse subiecte. Am fost rugat să vorbesc despre fobii. După prezentarea mea, fiecare dintre oamenii de acolo a venit să-mi spună despre propria fobie. Cred că cifrele oficiale, oricât sunt de mari, sunt mai mici decât în realitate”.

După ce mi-a spus asta m-am gândit la Ben, cel mai bun prieten al meu din facultate, un scriitor bogat şi de succes (onorează în mod obişnuit listele de bestselleruri şi topurile box-office), al cărui doctor i-a prescris recent Ativan, o benzodiazepină, împotriva apăsării anxioase din piept care îl convinsese că suferă un atac de cord.11 Şi m-am gândit la M., vecinul lui Ben, manager multimilionar al unui fond de investiţii, care ia constant Xanax pentru atacurile lui de panică. Şi la eminentul jurnalist politic, fostul meu coleg G., care în anii de după ce a ajuns la camera de gardă în urma unui episod de panică a luat

diverse benzodiazepine pentru a preveni alte atacuri. Şi la un alt fost coleg, B., a cărui anxietate l-a făcut să se bâlbâie la întâlniri de afaceri şi să nu poată să realizeze proiectele de muncă până când nu a început să ia Lexapro.

Nu, nu toată lumea e copleşită de anxietate. Soţia mea, de exemplu, nu este. (Slavă Cerului!) Barack Obama, din câte se ştie, nu este. Nici, evident, David Petraeus, fostul comandant al forţelor SUA în Afghanistan şi fost director al CIA: i-a spus o dată unui reporter că, în ciuda faptului că are slujbe ale căror mize de zi cu zi sunt probleme de viaţă şi de moarte, „rar se întâmplă să se simtă stresat”[3]. Cei mai buni fundaşi de fotbal american, ca Tom Brady şi Peyton Manning, nu sunt copleşiţi de anxietate, cel puţin nu pe teren”. Unul dintre lucrurile explorate în această carte este motivul pentru care unii oameni sunt nefiresc de calmi, rămânând liniştiţi chiar în situaţii extrem de tensionate, în timp ce alţii sucombă în faţa panicii la cel mai mic semn de stres.

Cu toate astea, destul de mulţi dintre noi chiar suferă de anxietate, astfel încât poate că să scriu despre anxietatea mea n-ar trebui să fie un motiv de ruşine, ci o ocazie de a oferi alinare unora dintre milioanele de oameni care suferă la rândul lor de această afecţiune. Şi, poate, aşa cum dr. W. Îmi reaminteşte adesea, exerciţiul va fi terapeutic. „Poţi să te vindeci prin scris”, spune el.

Totuşi, sunt îngrijorat. Tare. E în natura mea. (în afară de asta, după cum mi-au spus mulţi oameni, cum ai putea să *nu* fii anxios scriind o carte despre anxietate?)

Dr. W., în ceea ce-l priveşte, spune: „Pune-ţi

---

39 Poate i-ar fi fost mai bine dacă ar fi resimțit mai acut stresul - o intensitate mai mare a îngrijorării în privința consecințelor ar fi putut împiedica adulterul care a dus la căderea lui.

") Nu că rezistența și calmul pe teren ar garanta stăpânirea de sine. Terry Bradshaw, celebrul fundaș al echipei Steelers de la sfârșitul anilor 70, era un gladiator neînfricat care a ajuns debilitat de depresie și atacuri de panică. Earl Campbell, masivul, impunătorul atacant al Houston Oilers din anii 70, s-a trezit, zece ani mai târziu, că nu mai putea să iasă din casă din cauza atacurilor de panică.

anxietatea legată de carte în carte”.

Pe parcursul evoluţiei, funcţia de planificare a sistemului nervos a culminat cu apariţia ideilor, valorilor şi plăcerilor – manifestările unice ale vieţii sociale a omului. Numai omul poate face planuri pentru viitorul îndepărtat şi poate trăi retrospectiv plăcerile reuşitei. Numai omul poate p fericit. Dar numai omul poate p îngrijorat şi anxios.

— Howard Liddell, „The Role of Vigilance in the Development of Animal Neurosis” („Rolul vigilenţei în dezvoltarea nevrozei la animale”) (1949)

Între toate intuiţiile în privinţa istoriei şi culturii pe care le poate oferi un studiu al anxietăţii, există oare ceva care poate să-l ajute pe individul care suferă de anxietate? Putem noi – pot eu – să reducem anxietatea sau să ne împăcăm cu ea înţelegându-i valoarea şi sensul?

Sper că da. Dar când am un atac de panică, nu e nimic interesant la el. Încerc să mă gândesc la el analitic şi nu pot – este doar mizerabil de neplăcut şi vreau să se oprească. Un atac de panică este interesant aşa cum este interesant un picior rupt sau o piatră la rinichi – o durere care vrei să se termine.

Cu nişte ani în urmă, înainte să mă apuc serios de cercetarea pentru acest proiect, am luat să citesc în avion o carte ştiinţifică despre fiziologia anxietăţii, într-o călătorie cu avionul de la San Francisco la Washington, D.C. Zburând lin deasupra Vestului, eram cufundat în carte şi simţeam că ajung la o cunoaştere intelectuală a fenomenului. *Deci*, mă gândeam în timp ce citeam, *ceea ce provoacă această emoţie groaznică pe care o simt uneori este pur şi simplu o activitate agitată a amigdalei mele*? *Toate sentimentele acelea de damnare şi groază sunt doar clocotirea neurotransmiţătorilor în creierul meu*? *Asta nu pare foarte intimidant*. Înarmat cu această perspectivă, m-am gândit în continuare: *Pot stăpâni materia cu puterea minţii şi pot să readuc simptomele anxietăţii la locul lor – este doar fiziologie obişnuită – şi pot să exist pe lume într-un mod mai calm. Sunt aici, zburând extrem de rapid la o*

altitudine de 11.500 de metri, şi nici măcar nu sunt prea neliniştit.

Apoi au început turbulenţele. Nu erau prea grave, dar, legănându-ne deasupra Munţilor Stâncoşi, orice perspectivă sau înţelegere la care credeam că aş fi ajuns a devenit instantaneu inutilă; reacţia mea de frică a apărut şi, în ciuda faptului că înghiţeam Xanax şi Dramamine, am fost terifiat şi m-am simţit groaznic până când am aterizat, câteva ore mai târziu.

Anxietatea mea este un memento că sunt stăpânit de fiziologia mea – că lucrurile care se întâmplă în corp pot să influenţeze mai mult ce se întâmplă în minte decât invers. Deşi gânditorii de la Aristotel la William James şi cercetătorii care publică astăzi în revista *Psychosomatic Medicineau* recunoscut acest fapt, este împotriva unuia dintre principiile fundamentale, platonic-carteziene, ale gândirii occidentale – ideea că persoana noastră, modul în care gândim şi percepem reprezintă un produs al sufletului sau intelectului nostru necorporal. Concreteţea brută, biologică, a anxietăţii pune la îndoială sentimentul identităţii noastre: anxietatea ne reaminteşte că suntem, asemenea animalelor, prizonieri în propriul trup care se va degrada şi va muri şi va înceta să existe. (Nu e de mirare că suntem anxioşi.)

Şi totuşi, în timp ce anxietatea ne aruncă înapoi în sinele nostru cel mai primitiv, în şinele reptilian condus de impulsul de fugă-sau-luptă, este şi ceea ce ne face să fim mai mult decât animale. „Să fi fost animal sau înger”, scria Kierkegaard în 1844, „omul n-ar fi putut fi anxios. Fiind însă o sinteză, el poate fi anxios; cu cât mai adâncă îi este anxietatea, cu atât mai mare este şi omul” [ed. rom. cât., p. 203 – n.tr.]. Capacitatea de a te îngrijora pentru viitor merge mână în mână cu planificarea viitorului – iar planificarea viitorului (laolaltă cu amintirea trecutului) este ceea ce dă naştere culturii şi ne separă de alte animale.

Pentru Kierkegaard, la fel ca pentru Freud,

ameninţările care provocă cea mai mare anxietate nu se află în lumea din jurul nostru, ci în profunzimile noastre – în incertitudinea noastră legată de alegerile existenţiale pe care le facem şi în frica noastră de moarte. Confruntarea cu această frică şi riscul disoluţiei propriei identităţi amplifică sufletul şi împlineşte şinele. „Pe de altă parte, aş putea zice că fiecare om ar trebui să treacă printr-o asemenea aventură ca să înveţe să fie anxios şi ca să nu se piardă fiindcă n-a încercat niciodată anxietatea, ori fiindcă s-a scufundat în anxietate”, scria Kierkegaard. „Astfel, cel care a învăţat să fie anxios cum trebuie a învăţat cel mai înalt lucru”. [*ibid*. – n.tr.]

A învăţa cu adevărat să fii în anxietate. Păi, încerc. Această carte este o parte din acest efort.

CAPITOLUL 2

Despre ce vorbim când vorbim despre anxietate?

Deşi este bine ştiut faptul că anxietatea este cel mai răspândit fenomen psihologic al zilelor noastre […], *nu există deloc un acord sau, dacă există, este minor, în privinţa definiţiei acesteia şi nu s-a făcut niciun progres sau, dacă s-a făcut, este nesemnificativ, în privinţa evaluării acesteia*.

— Paul Hoch, preşedinte al Asociaţiei Americane de Psihopatologie, într-un discurs ţinut cu ocazia primei conferinţe academice despre anxietate (1949)

Pentru cercetători şi pentru nespecialişti, aceasta este epoca anxietăţii […]. [*Dar*] *putem susţine cu onestitate că înţelegerea noastră în privinţa anxietăţii a cunoscut o creştere proporţională cu eforturile masive de cercetare sau că este mai bine înţeleasă*?

Noi credem că nu.

— „The nature of Anxiety: A Review of Thirteen Mulţi variate Analyses Comprising 814 Variables” C, Natura anxietăţii: o analiză a 13 studii care cuprind 814 variabile”), *Psychiatric Reports* (decembrie 1958)

Angoasa nu este simplu de conceptualizat.

— Sigmund Freud, *Hemming, Symptom und Angst*

(1926) *

La 16 februarie 1948, la 3: 45 după-amiază, străbunicul meu Chester Hanford, care, după ce a ocupat 20 de ani funcţia de decan la Harvard College, s-a retras pentru a-şi dedica întregul timp muncii acadea) Vezi şi Sigmund Freud, *Inhibiţie*, *simptom*, *angoasă*, trad. de Roxana Melnicu şi Georgeta Mitrea, în *Opere esenţiale*, vol. 6, Editura Trei, Bucureşti, 2010, p. 306 (n.tr.).

mice în calitate de profesor de ştiinţe politice („cu o atenţie aparte asupra politicilor locale şi municipale”, cum îi plăcea să spună), a fost internat la spitalul McLean cu un diagnostic provizoriu de „psihonevroză” şi „depresie reactivă”. În vârstă de 56 de ani când a fost internat, principalele plângeri ale lui Chester erau insomnia, „sentimente de anxietate şi tensiune” şi „frici în privinţa viitorului”. Descris de directorul spitalului drept un „om conştiincios şi în general foarte eficient”, Chester fusese timp de cinci luni într-o stare de „anxietate de un grad destul de sever”. În noaptea anterioară venirii la McLean, îi spusese soţiei lui că voia să se sinucidă.

31 de ani mai târziu, la 3 octombrie 1979, la 8: 30 dimineaţa, părinţii mei – îngrijoraţi că eu, în vârstă de zece ani şi în clasa a cincea, aveam în ultima vreme noi ticuri alarmante şi ciudăţenii de comportament care se adăugau evitării obsesive a germenilor şi anxietăţii acute de separare şi fobiei de vomitat – m-au dus la acelaşi spital de psihiatrie pentru evaluare. O echipă de experţi (un psihiatru, un psiholog, un asistent social şi câţiva tineri rezidenţi de psihiatrie care au stat ascunşi în spatele unei oglinzi prin care puteau vedea şi care m-au privit cum răspund la interviuri şi la testul Rorschach) m-a diagnosticat cu „nevroză fobică” şi „tulburarea de reacţie supraanxioasă a copilăriei” şi a observat că, fără tratament, eram supus unui risc semnificativ de a dezvolta „nevroză de angoasă” şi „depresie nevrotică” pe măsură ce înaintam în vârstă.

25 de ani după *asta*, la 13 aprilie 2004, la ora 2: 00

după-amiaza, eu, având acum 34 de ani şi lucrând ca redactor-şef la revista *The Atlantic şi* temându-mă de publicarea primei mele cărţi, m-am prezentat la renumitul Centru pentru Anxietate şi Tulburări Asociate de la Universitatea Boston. După o întâlnire de câteva ore cu un psiholog şi doi studenţi şi după ce am completat zeci de pagini de chestionare (printre care, am aflat mai târziu, Depression Anxiety Stress Scales [Scalele de depresie, anxietate şi stres] şi Social Interaction Anxiety Scale [Scala anxietăţii sociale], Penn State Worry Questionnaire [Chestionarul de îngrijorare Penn State] şi Anxiety Sensitivity Index [Indexul sensibilităţii la anxietate], am primit diagnosticul principal de „tulburare de panică cu agorafobie" şi diagnosticele auxiliare de „fobie specifică" şi „fobie socială". Clinicienii au notat în raportul lor şi că scorurile mele la chestionare indicau „niveluri moderate de depresie", „niveluri ridicate de anxietate" şi „niveluri ridicate de îngrijorare".

De ce atât de multe diagnostice diferite? S-a schimbat atât de mult natura anxietăţii mele între 1979 şi 2004? Şi de ce eu şi străbunicul meu nu am primit aceleaşi diagnostice? Din descrierea aflată în dosarul său, aspectul general al sindromului lui Chester Hanford era teribil de asemănător cu al meu. Oare „nivelurile [mele] ridicate de anxietate" erau într-adevăr atât de diferite de „sentimentele de anxietate şi tensiune" şi de „fricile în privinţa viitorului" care îl afectau pe străbunicul meu? Şi, oricum, cine, în afară de aceia dintre noi care simt cel mai bine adaptaţi sau care sunt sociopaţi, *nu* simte „frici în privinţa viitorului" sau nu suferă de „sentimente de anxietate şi tensiune"? Ce anume, dacă există ceva care să facă asta, îi separă pe cei care sunt vizibil anxioşi „clinic", ca străbunicul meu şi ca mine, de anxioşii „normali"? Nu suntem noi toţi, consumaţi de zbuciumul societăţii capitaliste – ca o consecinţă a faptului că suntem vii, supuşi întotdeauna capriciului şi violenţei naturii şi celorlalţi şi inevitabilităţii morţii –, la un anumit nivel

„psihonevrotici”?

Tehnic, nu; de fapt, nimeni nu mai este. Diagnosticul pe care l-a primit Chester Hanford în 1948 nu mai exista în 1980. Iar diagnosticul pe care l-am primit eu în 1979 nu mai există astăzi.

În 1948, „psihonevroza” era termenul Asociaţiei Americane de Psihiatrie pentru ceea ce această organizaţie, odată cu lansarea în 1968 a celei de-a doua ediţii a bibliei psihiatrilor, *Manualul de diagnostic şi clasificare statistică* (*Diagnostic and Statisticul Manual-DSM-II*), a numit oficial ca fiind doar „nevroză” şi ceea ce, de la publicarea celei de-a treia ediţii (*DSM-IH*), în 1980, a fost numit „tulburare de anxietate” 1.

Această terminologie în continuă evoluţie este importantă pentru că, de-a lungul anilor, definiţiile – la fel ca simptomele, ratele incidenţei, cauzele presupuse, semnificaţiile culturale şi tratamentele recomandate – asociate acestor diagnostice s-au schimbat odată cu denumirile. Emoţia neplăcută care în urmă cu 2500 de ani era asociată cu *melaina chole* (termenul elin pentru „bilă neagră”) a fost de atunci descrisă, în succesiuni uneori suprapuse, ca „melancolie”, „angoasă”, „ipohondrie”, „isterie”, „vapori”, „spleen”, „neurastenie”, „nevroză”, „psihonevroză”, „depresie”, „fobie”, „anxietate” şi „tulburare de anxietate” – şi asta fără să mai punem la socoteală termenii colocviali ca „panică”, „îngrijorare”, „groază”, „teamă”, „aprehensiune”, „nervi”, „nelinişte”, „irascibilitate”, „epuizare”, „agitaţie”, „neastâmpăr”, „draci”, „obsesie”, „stres” şi pur şi simplu „frică”. Şi asta doar în engleză, unde cuvântul „anxietate” este rar întâlnit în manualele de psihologie sau medicină de dinaintea anilor ’30, când traducătorii au început să redea germanul *Angst* (aşa cum apare în lucrările lui Sigmund Freud) ca „anxietate” 1.

Ceea ce ne face să ne întrebăm: despre ce vorbim când vorbim despre anxietate?

Răspunsul nu este direct – sau, mai degrabă, depinde

pe cine întrebi. Pentru Seren Kierkegaard, care scria la jumătatea secolului al XIX-lea, anxietatea (*angst în* daneză) era o problemă spirituală şi filosofică, o nelinişte vagă şi, în acelaşi timp, inevitabilă, fără o cauză directă şi evidentă.11 Pentru Karl Jaspers, filosoful şi

Sunt dezbateri care durează de mult timp între psihologi şi filologi despre diferenţele dintre să spunem, *angoisseşi anxiete* (ca să nu mai vorbim despre *inquiétude*, *peur*, *terreurşi effroî*) în franceză şi dintre *Angst şi Furcht* (*şi Angstpsychosen* şi *Ängstlichkeit*) în germană.

Îl) Kierkegaard, fiul unui comerciant danez de lână, a fost primul om care a scris o carte întreagă despre anxietate fără să fie medic. Cu aproximativ 50 de ani înaintea lui Freud, Kierkegaard a făcut diferenţa între anxietate şi frică, definind-o pe prima ca nelinişte vagă, difuză, neprovocată de un pericol concret sau „real". Tatăl lui Kierkegaard s-a dezis de Dumnezeu (de fapt, L-a blestemat), iar tânărul Soren a fost foarte preocupat dacă să creadă sau să-L respingă pe Cristos; libertatea de a alege între aceste două opţiuni – şi neputinţa de a şti sigur care este corectă – era ceea ce Kierkegaard considera izvorul nesecat al anxietăţii. În această privinţă, Kierkegaard a argumentat în aceeaşi manieră psihiatrul german care a scris influentul manual din 1913 *Allgemeine Psychopathologie* (*Psihopatologie generală*), aceasta era „legată de obicei de un *puternic sentiment de nelinişte* […], un sentiment că persoana […] nu a terminat ceva; sau […] că trebuie să caute ceva sau (…) să scape de ceva" 1. Harry Stack Sullivan, unul dintre cei mai remarcabili psihiatri americani din prima jumătate a secolului XX, scria că anxietatea e „ceea ce persoana simte când stima de sine este ameninţată"; Robert Jay Lifton, unul dintre cei mai influenţi psihiatri ai celei de-a doua jumătăţi a secolului XX, defineşte anxietatea în mod asemănător ca „presimţire a ceva rău, senzaţie care apare dintr-o ameninţare a vitalităţii sinelui său, mai grav, din anticiparea fragmentării sinelui" 2. Pentru Reinhold Niebuhr, teologul

din epoca Războiului Rece, anxietatea era un concept religios – „precondiţia internă a păcatului […], descrierea interioară a stării de a fi ispitit” 3. În ceea ce-i priveşte, mulţi ca Blaise Pascal, predecesor al său din secolul al XVII-lea şi camarad întru anxietate. De asemenea, Kierkegaard a dat naştere, mai mult sau mai puţin, existenţialismului; succesorii săi din secolul XX ca psihiatrul Karl Jaspers şi filozoful-romancier Jean-Paul Sartre, printre alţii, vor pune în mod asemănător întrebări despre alegere, sinucidere, angajament şi anxietate.

Când omul îşi pierde credinţa în Dumnezeu şi în raţiune, consideră existenţialiştii asemenea lui Kierkegaard şi Sartre, se trezeşte în derivă în univers, aşadar în derivă în anxietate. Însă pentru existenţialişti, ceea ce genera anxietatea nu era lipsa de dumnezeire a lumii, *perse*, ci, mai degrabă, libertatea de a alege între Dumnezeu şi lipsa dumnezeirii. Deşi libertatea este ceva ce căutăm activ, libertatea de alegere generează anxietate. „Când îmi privesc posibilităţile”, scria Kierkegaard, „resimt acea groază a libertăţii ameţitoare, şi îmi fac alegerea speriat şi tremurând”.

Mulţi oameni încearcă să scape de anxietate ferindu-se de alegere. Asta ajută la înţelegerea atracţiei aparent perverse a societăţilor autoritariste – certitudinile unei societăţi rigide, lipsită de alegeri, pot fi foarte reconfortante – şi acesta este motivul pentru care perioadele tulburi produc atât de des lideri şi mişcări extremiste: Hitler în timpul Republicii de la Weimar din istoria germană, părintele Coughlin din timpul marii crize economice din America sau, astăzi, Jean-Marie Le Pen în Franţa şi Vladimir Putin în Rusia. Dar fuga de anxietate, considera Kierkegaard, este o greşeală, pentru că anxietatea este o „şcoală” care îi învaţă pe oameni să se împace cu condiţia umană. medici – începând cu Hipocrate (în secolul IV î.Hr.) şi Galenus (în secolul II d.Hr.) – au susţinut că anxietatea clinică este pur şi simplu o afecţiune medicală, o boală fizică care are cauze organice într-un

mod la fel de evident, sau aproape la fel de evident, ca durerea în gât sau diabetul.

Mai sunt şi cei care spun că anxietatea este inutilă ca noţiune ştiinţifică – susţin că este o metaforă imprecisă care se străduieşte să descrie un spectru prea larg de trăiri umane pentru a putea fi cuprinse într-un singur cuvânt. În 1949, la prima conferinţă academică dedicată anxietăţii, preşedintele Asociaţiei Americane de Psihopatologie a deschis şedinţa recunoscând că, deşi toată lumea ştia că anxietatea era „cel mai răspândit fenomen psihic al zilelor noastre” 4, oamenii nu prea puteau să se pună de acord în privinţa a ceea ce anume e sau cum să fie măsurată. 15 ani mai târziu, la conferinţa anuală a Asociaţiei Americane de Psihiatrie, Theodore Sarbin, psiholog eminent, a sugerat că „anxietatea” ar trebui eliminată din limbajul clinic. „Termenul subiectiv şi plin de conotaţii «anxietate» şi-a depăşit utilitatea” 5, a declarat el. (Bineînţeles că de atunci înainte utilizarea termenului nu a făcut decât să se răspândească.) Mai recent, Jérôme Kagan, psiholog la Harvard, poate cel mai bun specialist din lume în anxietate ca trăsătură de temperament, a susţinut că aplicarea aceluiaşi cuvânt – „anxietate” – „la senzaţii (că inima bate tare sau de încordare musculară înainte de a ajunge într-o mulţime de necunoscuţi), la descrieri semantice (îngrijorare în privinţa întâlnirii cu oameni străini), la comportamente (expresii faciale încordate în contexte sociale), la stări cerebrale (activarea amigdalei la expresii faciale furioase) sau la o dispoziţie cronică de îngrijorare (tulburare de anxietate generalizată) împiedică progresul” 6.

Cum putem face progrese ştiinţifice sau terapeutice dacă nu reuşim să ne punem de acord în privinţa a ceea ce este anxietatea?

Până şi Sigmund Freud, inventatorul, mai mult sau mai puţin, al ideii moderne de nevroză – un om pentru care anxietatea era o cheie, dacă nu chiar *cheia*, conceptul de temelie al teoriei sale psihopatologice –, s-a contrazis în

mod repetat pe parcursul carierei sale. La început, a spus că anxietatea apare din impulsurile sexuale sublimate (libidoul refulat, scria el, se transforma în anxietate „ca vinul în oţet”) [4] într-o etapă mai târzie din cariera sa, a susţinut că anxietatea provine din conflicte psihice inconştiente? într-o etapă ulterioară din viaţa sa, în *Inhibiţie*, *simptom*, *angoasă*, Freud scria: „Este aproape ruşinos că după o lucrare atât de lungă mai găsim încă dificultăţi în conceperea raporturilor fundamentale” 9.

Dacă însuşi Freud, sfântul protector al anxietăţii, nu a putut defini acest concept, cum aş putea eu?

Frica ascute simţurile. Anxietatea le paralizează.

— Kurt Goldstein, *The Organism*: *A Holistic Approach to Biology* (*Organismul*: *o abordare holistică a biologiei*) (1939)

Definiţiile standard din dicţionare fac frica („emoţie neplăcută provocată de convingerea că cineva sau ceva este periculos, că poate provoca durere sau reprezintă o ameninţare”) şi anxietatea („sentiment de îngrijorare, nervozitate şi nelinişte, legat de obicei de un eveniment sau de o întâmplare cu urmări incerte”) să pară relativ

---

4*) Unele dintre primele scrieri ale lui Freud asupra acestui subiect reduc anxietatea la biomecanică pură: anxietatea nevrotică, specula el, era în principal rezultatul energiei sexuale refulate. Format ca neurolog (primele sale cercetări fiind despre sistemul nervos al ființelor), Freud adera la principiul constanței, conform căruia sistemul nervos uman tinde să încerce să reducă sau măcar să mențină constantă cantitatea de „excitație“ pe care o conține. Activitatea sexuală - orgasmul - era principalul mijloc prin care corpul descărca tensiunea excesivă.

Astfel de convingeri despre relația dintre tensiunea sexuală și anxietate au un precedent în Antichitate. Medicul roman Galenus relatează că a tratat prin „stimulare manuală a vaginului și clitorisului“8 o pacientă al cărei creier credea că era afectat de putrefacția lichidelor sexuale neeliberate. Pacientei „i-a plăcut mult asta“, spune Galenus, „și a curs mult lichid și a fost vindecată“.

u) Apoi o generație de acoliți și oameni care-și doreau să-i fie succesori s-au certat în privința motivelor acelor conflicte: Karen Homey a spus „nevoile de dependență“, Erich Fromm a spus „nevoile de siguranță“, iar Alfred Adler a spus „nevoia de putere“.

sinonime. Dar pentru Freud, frica (*Furchtân* germană) are un obiect concret – leul care te fugăreşte, lunetistul inamic care a pus ţinta pe tine sau chiar cunoaşterea consecinţelor faptului că s-ar putea să ratezi lovitura liberă crucială din ultimul moment al unui meci important de baschet anxietatea (*Angst*) nu are. Conform acestei perspective, frica, atunci când apare în mod adecvat, este sănătoasă; anxietatea, adesea „iraţională" şi „liber flotantă", nu este?

„Când unei mame îi este teamă că fiul ei va muri dacă are o simplă bubuliţă sau o uşoară răceală, atunci vorbim de anxietate; dar dacă îi este teamă că fiul ei va muri când este grav bolnav, numim reacţia ei frică" 10, scria Karen Homey în 1937. „Dacă cineva se teme ori de câte ori este undeva sus sau când trebuie să vorbească despre un subiect pe care îl cunoaşte bine, numim această reacţie anxietate; dacă se teme când se rătăceşte pe munte în timpul unei furtuni puternice, vorbim despre frică. (Homey a elaborat această deosebire spunând că întotdeauna ştii când ţi-e frică, dar se poate să fii anxios fără să ştii.)

În scrierile de mai târziu ale lui Freud, el a înlocuit deosebirea dintre frică şi anxietate cu deosebirea dintre „anxietatea normală" (definită ca anxietate legată de o ameninţare reală şi care poate fi productivă) şi „anxietatea nevrotică" (anxietate provocată de probleme sexuale nerezolvate sau de conflicte psihice, anxietate patologică şi contraproductivă).

Deci sunt eu, cu fobiile şi îngrijorările mele şi cu agitaţia mea generală, anxios „nevrotic"? Sau doar anxios „normal"? Care e diferenţa dintre anxietatea „normală" şi anxietatea ca problemă clinică? Ce face diferenţa între neliniştea adecvată şi chiar utilă pe care, să spunem, o resimte un student la Drept înainte de examenul de intrare în barou sau un jucător junior de baseball înainte de a lovi mingea şi simptomele cognitive şi fizice tulburătoare care însoţesc tulburările de anxietate aşa cum sunt oficial

definite l) Această viziune freudiană despre *Angst* are o kierkegaardiană „calitate de indefinit şi lipsă a obiectului”.

de psihiatria modernă începând din anii ’80: tulburarea de panică, tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) (*post-traumatic disorder*-PTSD), fobia specifică, tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) (*obsessive-compulsive disorder* – OCD), tulburarea anxioasă socială, agorafobia şi tulburarea anxioasă generalizată?

Pentru a face deosebirea dintre „normal” şi „clinic” şi pentru a diferenţia unele de altele diversele sindroame clinice, cam toată lumea din întregul domeniu al sănătăţii mintale se bazează pe *Manualul de diagnostic şi clasificare statistică* al Asociaţiei Americane de Psihiatrie (ajuns acum la recent publicata ediţie a cincea, *DSM-V*). *DSM-ul* defineşte sute de tulburări psihice, le clasifică în funcţie de tip şi enumeră, cu detalii care par deopotrivă absurd de precise şi total aleatorii, simptomele (cât de multe, cât de des şi cât de grave) pe care un pacient trebuie să le prezinte pentru a primi un anumit diagnostic psihiatric. Toate astea dau diagnosticării unei tulburări anxioase aparenţa validităţii ştiinţifice. Dar realitatea este că există aici multă subiectivitate (deopotrivă din partea pacienţilor, în descrierea simptomelor, şi a clinicienilor, în interpretarea acestora). Studii11 asupra *DSM-II* au descoperit că, atunci când doi psihiatri consultau acelaşi pacient, puneau acelaşi diagnostic din *DSM-II* doar între 32% şi 42% din cazuri. Fidelitatea evaluărilor s-a îmbunătăţit de atunci, dar diagnosticarea multor tulburări psihice este în continuare, în ciuda pretenţiei că lucrurile ar sta altfel, mai degrabă artă decât ştiinţă.1

Să ne gândim la relaţia dintre anxietatea clinică şi depresia clinică. Asemănările fiziologice dintre anumite forme de anxietate clinică (în special tulburarea anxioasă generalizată) şi depresie clinică sunt considerabile: şi depresia, şi anxietatea sunt asociate cu niveluri ridicate ale hormonului de stres cortizol şi au unele trăsături neuroanatomice comune, printre care diminuarea

hipocampusului şi a altor regiuni cerebrale. Au aceleaşi rădăcini ge

9 Luptele înverşunate pentru revizuirile *DSM-V*care au inclus denunţarea publică a acestei ediţii de către şeful echipei de cercetători care a realizat *DSM-III* şi *DSM-IV*sugerează că diagnosticarea psihiatrică s-ar putea să fie mai degrabă o chestiune de politică şi marketing decât artă sau ştiinţă. netice, în special la nivelul genelor asociate producerii anumitor neurotransmiţători, cum ar fi serotonina şi dopamina. (Unii geneticieni spun că nu pot să găsească nicio deosebire între depresia majoră şi tulburarea anxioasă generalizată.) De asemenea, anxietatea şi depresia au o bază comună în sentimentul lipsei stimei de sine şi al autoeficacităţii. (Sentimentul că nu ai control asupra propriei vieţi este calea obişnuită deopotrivă pentru anxietate şi depresie.) Mai mult, nenumărate studii au arătat că stresul – variind de la îngrijorările legate de muncă la divorţ, la doliu la trauma de război – contribuie masiv atât la frecvenţa tulburărilor anxioase şi depresiei, cât şi la hipertensiune, diabet şi alte afecţiuni medicale.

Dacă tulburările anxioase şi depresia sunt atât de asemănătoare, de ce facem diferenţa între ele? De fapt, timp de câteva mii de ani, nu am făcut-o: medicii tindeau să pună anxietatea şi depresia laolaltă sub termenii-umbrelă de „melancolie” sau „isterie” 1. Printre simptomele pe care Hipocrate le-a pus în secolul IV î.Hr. pe seama *melaina chole* se numărau cele pe care astăzi le asociem deopotrivă cu depresia („tristeţea”, „descurajarea morală” şi „tendinţa de sinucidere”) şi cu anxietatea („frică de lungă durată”). În 1621, în *Anatomia melancoliei*, Robert Burton scria cu o precizie clinică pe care cercetarea modernă o confirmă că anxietatea era pentru durere *„o soră, fidus Achates* [paj devotat] şi însoţitor nelipsit, ajutor şi agent principal în cauzarea acestui neajuns; cauză şi simptom al celeilalte”[5]. E un dat – spun

5m iri, griji, rușini, angoasă etc., tot atâtea lucruri dincolo de puterea

asta din experienţă – că este deprimant să fii grav anxios. Anxietatea poate să interfereze cu relaţiile tale, să-ţi afecteze performanţa, să-ţi restrângă viaţa şi să-ţi limiteze posibilităţile.

Linia care desparte seria de tulburări pe care Asociaţia Americană de Psihiatrie le înglobează la capitolul „depresie” de seria de tulburări pe care le înglobează la capitolul „tulburări anxioase” – şi, în această privinţă, linia care desparte sănătatea mintală de boala mintală – pare să fie un artefact în aceeaşi măsură al politicii şi culturii (şi marketingului) pe cât este al ştiinţei. De fiecare dată când sfera unei anumite tulburări psihiatrice scade sau creşte în definiţia din *DSM*, acest fapt are semnificative efecte ramificate asupra a orice, de la despăgubirile oferite de casele de asigurări la profiturile companiilor producătoare de medicamente şi la perspectivele de carieră ale terapeuţilor din diferite domenii şi subspecializări. Destul de mulţi psihiatri şi critici ai industriei medicamentelor îţi vor spune că tulburările anxioase nu există în natură, ci au fost inventate de complexul industrial-farmaceutic pentru a extrage bani de la pacienţi şi de la companiile de asigurări. Diagnostice precum tulburarea anxioasă socială sau tulburarea anxioasă generalizată, spun aceşti critici, transformă emoţii umane normale în patologii, boli pentru care pot fi oferite în mod profitabil medicamente. „Nu lăsa ca întreaga ta viaţă să fie redusă la sintagme ca depresie clinică, tulburare bipolară sau tulburare anxioasă” 15, spune Peter Breggin, psihiatru instruit la Harvard, care a devenit un adversar feroce al industriei farmaceutice.

Fiind eu însumi diagnosticat cu câteva dintre aceste tulburări, pot spune că suferinţa pe care o provoacă nu e inventată; anxietatea mea, care uneori poate fi debilitantă, este reală. Dar oare simptomele mele nervoase alcătuiesc neapărat o *boală*, o *tulburare psihiatrică*, aşa cum susţin DSM-ul şi companiile farmaceutice? Nu se poate ca anxietatea mea să fie doar un răspuns emoţional specific

---

lor, încât

uman şi normal la viaţă, chiar dacă răspunsul este poate întrucâtva mai sever în cazul meu decât este pentru alţii? Cum faci diferenţa între „normal” şi „clinic”?

Te-ai putea aştepta ca progresele ştiinţifice recente să facă mai precis şi mai obiectiv diferenţa între anxietatea normală şi cea clinică – şi, cu siguranţă, în anumite privinţe au făcut-o. Specialiştii în neuroştiinţe, utilizând tehnologia imagisticii prin rezonanţă magnetică funcţională (RMNF) care le permite să observe în timp real activitatea mentală prin faptul că măsoară fluxul sangvin oxigenat către diferite regiuni cerebrale, au realizat sute de studii care demonstrează că există asociaţii între anumite emoţii trăite subiectiv şi anumite tipuri de activitate fiziologică observabilă pe tomografia cerebrală. De exemplu, anxietatea acută apare în general la RMNF ca hiperactivitate a amigdalei, acea structură micuţă de forma unei migdale aflată în profunzimea lobilor temporali mediali, aproape de baza craniului. Reducerea anxietăţii este asociată cu diminuarea activităţii amigdalei şi cu amplificarea activităţii cortexului frontal.1

Toate astea par să arate că ar trebui să poţi să identifici anxietatea, să-i măsori intensitatea pe baza a ceva asemănător razelor X – că ai putea să faci diferenţa între anxietatea normală şi patologică în acelaşi mod în care prin razele X se poate face diferenţa între o gleznă fracturată şi una luxată.

Doar că nu poţi. Există oameni la a căror tomografie apar semne fiziologice specifice anxietăţii (amigdala lor se colorează ca răspuns la stimuli care induc stres), dar care îţi vor spune că nu se *simt* anxioşi. Mai mult, creierul unui subiect din cadrul cercetării care este excitat sexual la un film pornografic se va colora la RMN cam în acelaşi mod în care o face ca răspuns la un eveniment declanşator de frică16; aceleaşi componente cerebrale interconectate – amigdala, cortexul insular şi cortexul cingular anterior – se vor activa în ambele cazuri. Un cercetător care se uită la două tomografii cerebrale fără să ştie contextul în care au

fost făcute s-ar putea să nu fie capabil să precizeze care imagine reprezintă răspunsul la frică şi care la excitaţie sexuală.

Când razele X arată un femur fracturat, dar pacientul spune că nu simte durere, diagnosticul medical este tot de picior rupt.

9 Simplific mult – întreaga imagine neuroştiinţifică este mult mai complexă şi mai detaliată dar asta este esenţa descoperirilor ştiinţifice. În momentele de anxietate intensă, iruperea primitivă a amigdalei câştigă în faţa gândirii mai raţionale a cortexului.

Când un RMNF prezintă o activitate intensă la nivelul amigdalei şi al ganglionilor bazali, iar pacientul spune că nu se simte deloc anxios, diagnosticul este… nimic.

În privinţa detectării şi reacţiei la pericol, creierul [vertebratelor] *pur şi simplu nu s-a schimbat prea mult. În anumite privinţe, suntem şopârle emoţionale.*

— Joseph Ledoux, *The Emotional Brain* (*Creierul emoţionai*) (1996)

De la Aristotel încoace, cercetătorii au apelat frecvent la „modelele animale" ale emoţiei, şi miile de studii pe animale realizate în fiecare an se bazează pe noţiunea că aspectele comportamentale, genetice şi specifice circuitelor neuronale ale unui şobolan sau ale unui cimpanzeu sunt îndeajuns de asemănătoare cu ale noastre pentru a putea extrage din ele informaţii relevante. În 1872, în *Expresia emoţiilor la om şi animale*, Charles Darwin a observat că reacţiile de frică tind să fie aceleaşi la toate speciile: toate mamiferele, inclusiv oamenii, manifestă răspunsuri de frică uşor de observat. În prezenţa unui pericol perceput, şobolanii, la fel ca oamenii, au instinctul de a fugi, de a îngheţa sau de a defeca? Când este ameninţat, şobolanul congenital „anxios" tremură, evită spaţiile deschise, preferă locurile familiare, se opreşte brusc dacă dă de ceva potenţial periculos şi emite strigăte ultrasonice de ajutor. Oamenii nu strigă ultrasonic după ajutor – dar, când ne este teamă, tremurăm, ne ferim

de situaţii nefamiliare, evităm contactul social şi preferăm să stăm aproape de casă. (Unii agorafobiei nu ies niciodată din casă.) Şobolanii cărora li s-a extirpat amigdala (sau ale căror gene au fost modificate astfel încât amigdalele lor să nu funcţioneze adecvat) sunt incapabili să manifeste frică; acelaşi lucru

9 Rata de defecare – numărul de pelete pe minut – este o unitate standard a fricii la şobolani. În anii ’60, oamenii de ştiinţă de la un spital de psihiatrie din Londra au creat celebra rasă Maudsley de şobolani reactivi prin împerecherea animalelor cu frecvenţe de defecare asemănătoare.

este valabil pentru oamenii a căror amigdală a fost vătămată.17 (Cercetătorii de la Universitatea din Iowa au studiat ani în şir o femeie cunoscută în literatură ca S.M., a cărei amigdală a fost distrusă de o boală rară – şi care, drept urmare, nu poate să resimtă frica.) Mai mult, dacă sunt constant expuse la situaţii stresante, animalele vor dezvolta unele afecţiuni legate de stres care apar şi la oameni: tensiune arterială ridicată, tulburări cardiace, ulcere şi aşa mai departe.

„La toate sau la aproape toate animalele, chiar şi la păsări”, scria Darwin, „spaima face ca corpul să tremure. Pielea devine palidă, apare transpiraţia şi părul se zbârleşte. Secreţiile tubului digestiv şi ale rinichilor sporesc şi sunt evacuate în mod involuntar, datorită, după cum se ştie, relaxării muşchilor sfincterului în cazul omului şi, aşa cum am văzut, la vite, câini, pisici şi maimuţe. Respiraţia este grăbită. Inima bate repede, sălbatic şi violent […]. Facultăţile mintale sunt foarte tulburate. Curând urmează o completă istovire şi chiar leşin” a.

Darwin a arătat că acest răspuns fiziologic automat la ameninţare este adaptativ din punct de vedere evoluţionist. Este mai probabil ca organismele care reacţionează la pericol în acest mod – prin pregătirea fiziologică pentru luptă sau fugă sau leşin – să

supravieţuiască şi să se reproducă decât organismele care nu fac asta. În 1915, Walter Cannon, directorul Departamentului de fiziologie de la Harvard Medical School, a introdus sintagma „luptă sau fugă” pentru a descrie ideea lui Darwin de „reacţie de alarmă”. Cannon a fost primul care a documentat sistematic faptul că, atunci când se activează răspunsul de luptă-sau-fugă, are loc vasoconstricţia periferică, fluxul sangvin fiind direcţionat de la extremităţi la muşchii scheletici, astfel încât animalul să fie pregătit să lupte sau să fugă. (Această redirecţionare a fluxului sangvin de la nivelul pielii este ceea ce dă unei persoane speriate înfăţişarea palidă.) Respiraţia devine mai rapidă şi mai profundă, a) C. Darwin, *Expresia emoţiilor la om şi animale*, trad. de Eugen Margulius, Editura Academiei Republicii Socialiste România, Bucureşti, 1967, p. 47 (n.tr.).

pentru ca sângele să fie oxigenat Ficatul secretă un nivel mai ridicat de glucoză, care oferă energie unor diverse grupe de muşchi şi organe. Pupilele se dilată şi auzul se ascute, astfel încât animalul să poată evalua mai bine situaţia. Fluxul de sânge se retrage din sistemul digestiv şi procesele de digestie se opresc – se reduce secreţia de salivă (provocând acea senzaţie de uscăciune a gurii, specifică anxietăţii) şi apare frecvent nevoia de defecaţie, urinare sau vomă. (Expulzarea materiilor reziduale permite sistemului intern al animalului să se axeze pe necesităţi de supravieţuire mai stringente decât digestia.) în cartea sa din 1915 *Bodily Changes în Fain*, *Hunger*, *Fear and Rage* (*Modificărifiziologice provocate de durere*, *foame*, *frică şi furie*), Cannon a oferit câteva ilustrări timpurii simple ale modului în care resimţirea emoţiei se traduce concret în modificări chimice în corp. A examinat, în cadrul unui experiment, urina a noua studenţi după ce au dat un examen greu şi după ce au dat unul simplu: după examenul dificil, patru din cei nouă studenţi aveau zaharuri în urină; după examenul simplu, doar unul a avut. Într-un alt experiment, Cannon a examinat urina

jucătorilor din echipa de fotbal a Universităţii Harvard după „ultima şi cea mai intensă competiţie” din 1913 şi a descoperit că 12 din cele 25 de recipiente de urină conţineau urme de zaharuri.18

Răspunsul fiziologic care provoacă leşinul este diferit de cel care pregăteşte organismul de luptă sau fugă, dar poate fi la fel de adaptativ: animalele care răspund la rănile sângerânde cu o scădere rapidă a tensiunii arteriale pierd mai puţin sânge; de asemenea, leşinul este un mod involuntar prin care animalele mimează că sunt moarte, ceea ce, în anumite circumstanţe, le poate proteja?

9 încă un exemplu în care scrierea acestei cărţi a fost negativă pentru mine: înainte să încep să mă documentez, nu eram familiarizat cu hematofobia – tulburare care îi face pe cei aproximativ 4, 5% dintre oamenii pe care îi afectează să devină extrem de anxioşi şi, uneori, din cauza unei scăderi a tensiunii arteriale, să leşine când li se face o injecţie sau când văd sânge – şi nu aveam probleme când mi se făceau injecţii sau mi se lua sânge, cazuri rare când nu mă dovedeam laş. Acum, că am aflat despre mecanismul fiziologic al acestui fenomen, am început să am fobia că s-ar putea să leşin în aceste situaţii şi, prin puterea autosugestiei, aproape că am păţit-o de câteva ori.

Când reacţia de tipul luptă-sau-fugă este activată în mod adecvat ca răspuns la un pericol fizic concret, aceasta sporeşte şansele de supravieţuire ale animalului. Dar ce se întâmplă când răspunsul se activează inadecvat? Rezultatul unui răspuns fiziologic de frică într-o situaţie în care nu există un obiect concret sau în care răspunsul nu este proporţional cu ameninţarea poate fi anxietatea patologică – un impuls evoluţionist care a luat-o pe arătură. Psihologul şi filosoful William James a presupus că anxietatea severă şi ceea ce am numi astăzi atacuri de panică ar fi cauzate de modernitatea însăşi – mai exact, de faptul că răspunsurile noastre primitive de tipul luptă-sau-fugă nu sunt potrivite în civilizaţia modernă. „Nimic nu caracterizează mai bine progresul de la brută la om decât

reducerea frecvenţei situaţiilor în care frica este adecvată" 19, observa James în 1884. „În special în viaţa civilizată a devenit în sfârşit posibil pentru un număr enorm de oameni să călătorească între leagăn şi mormânt fără să simtă vreodată tăişul fricii adevărate". 1

În viaţa modernă, ocaziile pentru ceea ce James a numit frică umană „adevărată" de tipul celei care apare în starea naturală – când eşti urmărit de un tigru preistoric, să spunem, sau când întâlneşti un membru al unui trib inamic – sunt relativ rare, cel

„Pentru numele lui Dumnezeu, Scott", a spus dr. W. când i-am vorbit despre asta, „ţi-ai provocat o fobie nouă". (M-a sfătuit să merg cât mai curând la un medic să-mi facă injecţii – o formă de terapie prin expunere – înainte ca fobia să devină o problemă gravă.)

William (alături de fratele său Henry şi de sora sa Alice şi de alţi câţiva fraţi şi surori) pare să fi moştenit tendinţele anxioase şi ipohondrice de la tatăl său, Henry James Sr., un excentric filosof swedenborgian, care, într-o scrisoare din 1884 către William, i-a oferit descrierea unei experienţe uşor de recunoscut de către un clinician modern ca atac de panică: „Într-o zi [...] spre sfârşitul lunii mai, după o cină plăcută, am rămas aşezat la masă după ce familia s-a împrăştiat, privind leneş tăciunii din vatră, fără să mă gândesc la nimic, [...] când, dintr-odată – ca o lovitură de fulger –, «cutremur m-a apucat şi fiori mi-au scuturat toate oasele» [aici îl citează pe Iov] [...]. N-au trecut nici zece secunde înainte să mă simt sfârşit, cu alte cuvinte redus de la starea unui bărbat ferm, viguros, vesel la o stare de copil neajutorat" 20. puţin în cea mai mare parte a timpului. Ameninţările care tind astăzi să activeze reacţia fiziologică de tipul luptă-sau-fugă – privirea dezaprobatoare a şefului, scrisoarea misterioasă pe care soţia ta a primit-o de la fostul iubit, admiterea la facultate, prăbuşirea economiei, ameninţarea constantă a terorismului, prăbuşirea fondului tău de pensii – nu sunt tipurile de ameninţări pentru care a fost creat acest

răspuns. Totuşi, dat fiind că răspunsul biologic de urgenţă este oricum activat, mai ales la oamenii anxioşi clinic, ajungem marinaţi într-o supă de hormoni de stres care ne afectează sănătatea. Asta pentru că, dacă eşti în ghearele anxietăţii nevrotice sau dacă reacţionezi la o ameninţare reală, cum ar fi o tâlhărie sau o casă în flăcări, activitatea sistemului nervos autonom este în mare aceeaşi. Hipotalamusul, micuţa parte a creierului aflată exact deasupra trunchiului cerebral, secretă un hormon numit factor de eliberare a corticotropinei (CRH), care la rândul său face glanda pituitară, un organ de dimensiunea unui bob de mazăre care iese din partea de jos a hipotalamusului, să secrete hormonul adrenocorticotropină (ACTH), pe care sângele îl transportă la rinichi, unde instruieşte glandele suprarenale aflate deasupra acestora să secrete adrenalină (cunoscută şi ca norepinefrină) şi cortizol, ceea ce determină eliberarea unei cantităţi mai mari de glucoză în fluxul sangvin, ducând la creşterea ritmului cardiac şi respirator şi provocând o stare de activare intensă care poate fi foarte utilă în cazul unui pericol real şi profund perturbator în cazul unui atac de panică sau al îngrijorării cronice. Numeroase dovezi sugerează că faptul de a avea niveluri ridicate de cortizol pentru perioade lungi are asupra sănătăţii consecinţe negative care variază de la tensiune arterială ridicată la compromiterea sistemului imunitar la micşorarea hipocampusului, o parte a creierului esenţială pentru memorie. Un răspuns fiziologic anxios care apare la momentul potrivit te poate ajuta să supravieţuieşti; dacă acelaşi răspuns apare prea des şi la momentul nepotrivit te poate duce la o moarte timpurie.

Asemenea animalelor, oamenii pot fi antrenaţi cu uşurinţă să manifeste răspunsuri de frică condiţionate – adică să asocieze obiecte sau situaţii neînfricoşătoare din punct de vedere obiectiv cu ameninţări reale. Este celebru experimentul din 1920 în care psihologul John Watson a folosit condiţionarea clasică pentru a-i provoca anxietate

fobică unui băiat de 11 luni pe care l-a numit Micul Albert. După ce Watson a asociat în mod repetat un zgomot puternic – care îl făcea pe băiat să plângă şi să tremure – cu prezenţa unui şoarece alb („stimul neutru”), a reuşit să provoace un răspuns acut de frică din partea băiatului arătându-i doar şoarecele, fără zgomot. (înainte de condiţionare, Micul Albert se jucase fericit cu şoarecele în pătuţul lui.) Curând, băiatul a dezvoltat o fobie în toată puterea cuvântului nu numai de şoareci şi de alte animăluţe îmblănite, ci şi de bărbi albe. (Moş Crăciun îl îngrozea pe Micul Albert.) Watson a tras concluzia că fobia Micului Albert demonstra puterea condiţionării clasice. Pentru primii comportamentalişti, anxietatea fobică la oameni şi animale era reductibilă pur şi simplu la condiţionarea fricii; anxietatea clinică, conform acestei perspective, era un răspuns învăţat?

Pentru biologii evoluţionişti, anxietatea nu este decât o reacţie atavică de frică, un instinct animal inerent care se declanşează la momentul nepotrivit sau din motive nepotrivite. Pentru comportamentalişti, anxietatea este un răspuns învăţat, asemenea tendinţei câinilor lui Pavlov de a saliva la sunetul clopoţelului, prin simplă condiţionare. Conform acestor perspective, anxietatea este tot atât o trăsătură animală pe cât este umană. „Contrar perspectivei unor umanişti, eu cred că emoţiile sunt orice numai nu trăsături

9 Perspectiva exclusiv comportamentalistă a condiţionării fricii este complicată, dacă nu subminată, de faptul că oamenii şi alte mamifere par configuraţi genetic să dezvolte fobii de anumite lucruri, dar nu de altele. Astăzi, psihologii evoluţionişti spun că Watson a interpretat greşit experimentul său cu Micul Albert: adevăratul motiv pentru care Albert a dezvoltat o fobie profundă de şoareci nu este că ar funcţiona atât de bine condiţionarea comportamentală, ci că creierul oamenilor are o predispoziţie naturală – şi adaptativă din punct de vedere evoluţionist – să se teamă de lucruri mici şi îmblănite din

cauza bolilor pe care le transmit. (Explorez mai detaliat acest aspect în capitolul 9.)

exclusiv umane", scrie specialistul în neuroştiinţe Joseph LeDoux, „şi, de fapt, că unele sisteme emoţionale din creier sunt în esenţă aceleaşi la [...] mamifere, reptile şi păsări şi, posibil, la amfibieni şi peşti" 21.

Dar oare reacţia instinctivă, mecanicistă pe care o manifestă un şoarece în prezenţa unei pisici sau când aude un clopoţel asociat unui şoc – sau chiar reacţia manifestată de Micul Albert după ce a fost antrenat să se teamă de şobolan – este într-adevăr tipul de anxietate pe care îl resimt eu când mă sui într-un avion sau când sunt obsedat de starea financiară a familiei mele sau de aluniţa de pe antebraţul meu?

Sau să ne gândim la asta: chiar şi *Aplysia californica*, un melc marin cu un creier primitiv şi fără coloană vertebrală, poate prezenta un răspuns fiziologic şi comportamental22 care ar fi, dacă s-ar manifesta la om, mai mult sau mai puţin echivalentul biologic al anxietăţii. Dacă îi atingi branhiile, melcul se va retrage, vor creşte tensiunea sangvină şi ritmul cardiac. Este *asta* anxietate?

Sau la asta: chiar şi bacteriile unicelulare, fără creier şi fără nervi, pot prezenta un răspuns învăţat şi pot manifesta ceea ce psihiatrii numesc comportament evitant. Când unui parameci care trăieşte în baltă îi este aplicat un şoc electric – stimul aversiv –, se va retrage şi va încerca de atunci înainte să evite aparatul cu electroşocuri înotând departe de acesta. Este *asta* anxietate? Conform unora dintre definiţii, da: potrivit *Manualului de diagnostic şi clasificare statistică*, „evitarea" stimulilor anxiogeni este una dintre caracteristicile a aproape tuturor formelor de anxietate.

Alţi experţi afirmă că presupusele analogii dintre reacţiile comportamentale animale şi umane sunt rizibil de exagerate. „Nu este evident că reacţia intensă de tresărire a unui şobolan [...] [este] un model semnificativ pentru toate stările umane de anxietate" 23, spune Jérôme Kagan.

David Barlow, de la Centrul pentru Anxietate şi Alte Tulburări Anxioase din cadrul Universităţii Boston, pune întrebarea dacă „faptul că intră într-o stare aparent involuntară de paralizie când este atacat” – tipul de comportament animal care are o evidentă paralelă evoluţionistă şi fiziologică la oameni – „[are] cu adevărat ceva în comun cu îngrijorarea pentru bunăstarea familiei noastre, pentru slujba sau starea noastră financiară” 24.

„Câţi hipopotami îşi fac griji că la bătrâneţe n-o să mai beneficieze de asistenţă socială”, întreabă Robert Sapolsky, specialist în neuroştiinţe la Universitatea Stanford, „sau în legătură cu ce o să spună la prima întâlnire?” 25

„Un şobolan nu poate să se îngrijoreze că se prăbuşeşte bursa”, trage concluzia Joseph LeDoux. „Noi putem”. 26

Poate fi anxietatea redusă la un proces exclusiv biologic sau mecanic – la răspunsul comportamental instinctiv al şobolanului sau melcului marin care se fereşte automat de şocul electric sau al Micului Albert, condiţionat, asemenea câinilor lui Pavlov, să se dea înapoi şi să tremure în prezenţa a ceva îmblănit? Sau implică anxietatea senzaţia timpului, conştientizarea ameninţărilor potenţiale, anticiparea suferinţei viitoare – debilitantele „temeri pentru viitor” care ne-au dus pe mine şi pe străbunicul meu la spitalul de boli mintale?

Este anxietatea un instinct animal, ceva ce avem în comun cu şobolanii şi şopârlele şi amibele? Este comportament învăţat, ceva achiziţionat prin condiţionare mecanică? Sau este, la urma urmei, o experienţă umană unică, dependentă, printre altele, de conştiinţa propriului sine şi a ideii de moarte?

Cu totul diferit va defini fiecare afect un naturalist faţă de dialectician, ca de exemplu ce este mânia. Acesta o defineşte ca pe o dorinţă de reacţie la o suferinţă sau ceva asemănător, pe când celălalt ca pe o fierbere pricinuită de încălzirea sângelui din jurul inimii.

— Aristotel, *Despre suflet*.

Într-o dimineaţă, după luni în şir în care mi-am bătut capul cu aceste întrebări, m-am prăbuşit pe canapeaua terapeutului meu, un morman de griji şi dispreţ de sine.

a) Aristotel, *Despre suflet*, trad. de N.I. Ştefănescu, Editura Ştiinţifică, 1969, p. 9 (n.tr.).

— Care-i problema? mă întreabă dr. W.

— Trebuie să scriu o carte despre anxietate şi nu pot nici măcar să aflu care este definiţia de bază a anxietăţii. În toate miile de pagini pe care le-am studiat am dat de sute de definiţii. Multe seamănă între ele, dar multe altele se contrazic unele pe celelalte. Nu ştiu pe care să o folosesc.

— Foloseşte definiţiile din *DSM*, sugerează el.

— Dar alea nu sunt *definiţii*, doar liste de simptome asociate, spun eu.1 Şi, oricum, nici asta nu e simplu, din moment ce *DSM* este în curs de revizuire pentru noua ediţie *DSM-V*".

— Ştiu, spune dr. W pe un ton trist.

Regretă că mandarinii psihiatriei au intenţionat recent să scoată în noul *DSM* tulburarea obsesiv-compulsivă (OCD) din categoria tulburărilor anxioase şi să o integreze într-o nouă categorie „de control al impulsurilor", pe un spectru al afecţiunilor asemănătoare sindromului Tourette. Consideră că asta e greşit.

— În zeci de ani de practică, spune el, pacienţii cu OCD sunt *întotdeauna* anxioşi; îşi fac griji în legătură cu obsesiile lor.

Eu menţionez că la o conferinţă la care am participat cu câteva săptămâni mai devreme un motiv pentru care OCD ar putea fi reclasificat ca altceva decât ca tulburare anxioasă a fost că genetica şi circuitele neuronale ale acesteia par semnificativ diferite de cele ale altor tulburări anxioase.

*) De exemplu, *DSM*-IVdefineşte astfel tulburarea anxioasă generalizată: „Anxietate excesivă cu privire la unele evenimente sau activităţi, prezentă în majoritatea

zilelor într-o perioadă de cel puţin şase luni. Persoanei îi este dificil să-şi controleze îngrijorarea. Anxietatea şi îngrijorarea se asociază cu cel puţin trei dintre următoarele şase simptome (dintre care cel puţin câteva simptome sunt prezente în majoritatea zilelor, în ultimele şase luni): nelinişte sau senzaţie de nerăbdare sau de a fi la limită; oboseşte uşor; dificultăţi de concentrare sau senzaţie de golire a minţii; iritabilitate; tensiune musculară; perturbări ale somnului". (*DSM*-IVoferă o definiţie a anxietăţii care cred că este destul de corectă, deşi deopotrivă generică şi tehnică: „Anticipare aprehensivă a ameninţărilor viitoare, însoţită de disforie sau senzaţii de tensiune somatică. Pericolul anticipat poate fi intern sau extern".)

") Am avut această conversaţie înainte de publicarea în 2013 a *DSM-V*.

— Nenorocita psihiatrie biomedicală! izbucneşte el.

Dr. W. este în general un tip blând, echilibrat, şi e agresiv de ecumenic în felul în care abordează şcolile de psihoterapie; a încercat, în scrierile şi în practica lui clinică, să asimileze cele mai bune aspecte ale tuturor modelelor terapeutice diferite în ceea ce el numeşte o „abordare integrativă a vindecării sinelui rănit". (Trebuie să mai spun aici şi că el este Cel mai Bun Terapeut din Lume.) Dar crede cu tărie că în ultimele câteva zeci de ani afirmaţiile modelului biomedical în general, şi ale neuroştiinţelor în special, au devenit din ce în ce mai arogante şi reducţioniste, marginalizând alte căi de cercetare ştiinţifică şi distorsionând practica psihoterapeutică. Consideră că unii dintre specialiştii devotaţi neuroştiinţelor şi psihofarmacologiei ar reduce toate procesele mentale la cele mai mici componente moleculare, fără nicio idee despre dimensiunile existenţiale ale suferinţei umane sau despre sensw/simptomelor anxietăţii sau depresiei. La conferinţele despre anxietate, se lamentează el, simpozioanele despre medicamente şi neurochimie – dintre

care multe sponsorizate de companii farmaceutice – au început că nu mai lase loc pentru nimic altceva.

Îi spun doctorului W. că sunt pe care să abandonez proiectul.

— Ţi-am zis că sunt un eşec, spun eu.

— Uite, spune el, acum vorbeşte anxietatea. Te face excesiv de îngrijorat în legătură cu, printre altele, găsirea definiţiei corecte a anxietăţii. Şi te face să te îngrijorezi permanent în legătură cu rezultatele – dacă definiţia mea a anxietăţii este „greşită" –, în loc să te concentrezi pe ce ai de făcut. Trebuie să te concentrezi. Ţine-te de ce ai de făcut!

— Dar tot nu ştiu ce definiţie de bază a anxietăţii să folosesc, spun eu.

— Foloseşte definiţia mea, spune el.

Niciun om care a fost chinuit vreodată de crize de anxietate nu se îndoieşte de puterea acesteia de a paraliza acţiunea, de a provoca fuga, de a eviscera plăcerea şi de a împinge gândirea spre aspecte catastrofice. Nimeni nu ar pune la îndoială că experienţa anxietăţii poate fi groaznic de dureroasă. Experienţa anxietăţii cronice sau intense este în primul rând o confruntare profundă şi tulburătoare cu durerea.

— Barry E. Wolfe, *Understanding and Treating Anxiety Disorders* (*înţelegerea şi tratarea tulburărilor anxioase*) (2005)

S-a întâmplat să îl aleg pe dr. W. ca terapeut cu câţiva ani înainte tocmai pentru că găsisem interesantă concepţia lui despre anxietate, iar felul lui de a aborda tratamentul, mai puţin rigid sau ideologic decât al celorlalţi terapeuţi cu care lucrasem. (De asemenea, mi s-a părut că fotografia de pe coperta cărţii lui îl făcea să arate ca un om bun.)

Am descoperit opera doctorului W. la Miami, când participam la o conferinţă universitară despre anxietate, şi am dat de o carte pe care o publicase recent, aflată pe un stand la intrarea în sala de festivităţi a unui hotel. Deşi această carte, un ghid pentru tratarea tulburărilor

anxioase, se adresa psihoterapeuţilor profesionişti, m-a atras concepţia lui „integrativă” a anxietăţii. De asemenea, după ce am citit atât de multe cărţi specializate despre neuroştiinţa anxietăţii în care erau fraze ca „Activitatea theta este un tipar de activare ritmică a neuronilor hipocampusului şi structurilor conexe care, deoarece se desfăşoară simultan într-un număr foarte mare de celule, provoacă frecvent un «ritm theta» (aproximativ 5 – 10 Hz la un şobolan neanesteziat) de tensiune înaltă, cu o reprezentare electrografică lentă, cvasisinusoidal, care poate fi înregistrat în formaţiunea hipocampică în numeroase condiţii comportamentale” 27, am găsit că scrisul său e clar şi netehnic, iar felul în care îşi abordează pacienţii – reconfortant de umanist. Am recunoscut propriile mele dificultăţi – atacurile de panică, problemele de dependenţă, frica sublimată de moarte deghizată în anxietate pentru lucruri nesemnificative – în multe dintre studiile de caz din cartea lui.

Mă mutasem recent de la Boston la Washington, D.C. şi mă găseam pentru prima dată într-un sfert de secol fără un terapeut la care să mă duc regulat. Aşa că atunci când am citit nota autorului din cartea doctorului W., unde scria că are un cabinet în zona Washingtonului, i-am trimis un e-mail în care l-am întrebat dacă accepta pacienţi noi.

Conform dr. W., teoriile şi abordările terapeutice ale anxietăţii pot fi grupate în patru categorii de bază: psihanalitică, comportamentală şi cognitiv-comportamentală, biomedicală şi experienţială?

Abordarea psihanalitică – ale cărei aspecte esenţiale, deşi freudismul a fost în mare parte repudiat în majoritatea cercurilor ştiinţifice, permează încă discursul terapeutic modern – susţine că refularea gândurilor şi ideilor tabu (adesea de natură sexuală) sau a conflictelor psihice interioare duce la anxietate. Tratamentul presupune conştientizarea acestor conflicte refulate şi rezolvarea lor prin psihoterapia psihodinamică şi prin căutarea de *insighL*

Comportamentaliştii consideră, la fel ca John Watson, că anxietatea este un răspuns condiţionat de frică. Tulburările anxioase apar când învăţăm – adesea prin condiţionare inconştientă – să ne temem de lucruri neameninţătoare din punct de vedere obiectiv sau să ne temem prea intens de lucruri puţin ameninţătoare. Tratamentul presupune corectarea gândirii greşite prin diverse combinaţii de terapie prin expunere (adică să te expui la frică şi să te obişnuieşti cu ea, astfel încât să se reducă reacţia ta de frică) şi restructurare cognitivă (schimbarea modului în care gândeşti) cu scopul de a „stinge" fobiile şi de a „decatastrofiza" atacurile de panică şi îngrijorarea obsesivă. Numeroase studii descoperă acum că terapia cognitiv-comportamentală, sau CBT, reprezintă tratamentul cel mai sigur şi mai eficient pentru multe forme de tulburări depresive şi anxioase.

Abordarea biomedicală (unde cercetarea a explodat în ultimii 60 de ani) se concentrează asupra mecanismelor biologice ale anxietăţii – pe structurile cerebrale ca amigdala, hipocampusul, *locus coeruleus*, cortexul cingular anterior, insula, şi pe neurotransmiţători ca serotonina, noradrenalina, dopamina, glutamatul, acidul gama-aminobutiric (GABA) şi neuropeptida Y (NPY) – şi pe genetica subiacentă acestei biologii. Tratamentul presupune frecvent utilizarea de medicamente.

*) Această perspectivă schematică a diferitelor abordări teoretice ale anxietăţii este în mod necesar întrucâtva suprasimplificată.

În sfârşit, ceea ce dr. W. numeşte abordarea experienţială a anxietăţii implică o perspectivă în mai mare măsură existenţială, care priveşte atacurile de panică şi îngrijorarea obsesivă ca fiind mecanisme adaptative de *coping* create de psihic ca reacţie la ameninţările asupra integrităţii sale şi a stimei de sine. Abordarea experienţială, asemenea psihanalizei, pune accentul pe *conţinutul şi sensul* anxietăţii – şi nu pe *mecanismele* anxietăţii, pe care se concentrează abordarea biomedicală

şi comportamentală –, considerând că acestea pot fi indicii care fac posibilă descifrarea traumelor psihice ascunse sau a convingerilor despre lipsa de valoare a propriei existenţe. Tratamentul tinde să implice relaxarea ghidată pentru reducerea simptomelor de anxietate şi ajutarea pacientului să se scufunde în anxietate pentru rezolvarea problemelor existenţiale care se află la bază.

Conflictele dintre aceste perspective diferite – şi dintre psihiatri (doctori în medicină) şi psihologi (doctori în ştiinţe umaniste), dintre susţinătorii medicamentelor şi criticii medicamentelor, dintre cognitiv-comportamentalişti şi psihanalişti, dintre freudieni şi jungieni, dintre specialiştii în neuroştiinţă moleculară şi terapeuţii holistici – pot uneori să fie amarnice. Mizele sunt mari – viitoarea stabilitate a unei ample infrastructuri profesionale depinde de predominarea unei teorii sau a alteia. Iar conflictul fundamental – dacă anxietatea este o boală care ţine de medicină sau este o problemă spirituală, o problemă a corpului sau o problemă a minţii – este arhaic, datând de pe vremea înfruntării dintre Hipocrate şi Platon şi dintre discipolii lor?

9 Ştiinţa modernă a arătat în cele din urmă că Hipocrate avea în mai mare măsură dreptate – mintea *este* determinată de creierul fizic şi, de fapt, de întregul corp –, însă influenţa lui Platon asupra studiului psihologiei a rămas totuşi puternică şi durabilă, parţial datorită influenţei lui asupra lui Freud. În *Phaidros*, Platon descrie sufletul ca fiind o echipă formată dintr-o pereche de cai şi un vizitiu: unul din cai este puternic şi supus, celălalt este violent şi neascultător, iar vizitiul trebuie să-i strunească pentru a-i face să tragă împreună carul. Această perspectivă asupra psihicului uman ca fiind împărţit în trei părţi – spirituală, libidinală şi raţională – prevesteşte mintea freudiană, cu ale sale sine [soţ, eu şi supraeu. Pentru Platon, într-o măsură

Dar, deşi în numeroase privinţe aceste perspective teoretice intră în conflict unele cu altele, nu se exclud

reciproc. Adesea se suprapun. Terapia cognitiv-comportamentală de ultimă oră împrumută de la modelul biomedical, utilizând psihofarmacologia pentru a îmbunătăţi terapia prin expunere. (Studiile arată că un medicament numit D-cicloserină, dezvoltat iniţial ca antibiotic, determină o mai bună consolidare a noilor amintiri în hipocampus şi amigdală, sporind eficienţa expunerii în scopul eliminării fobiilor prin intensificarea unor asociaţii noi, neanxiogene, care le înlocuiesc pe cele anxiogene.) Cât despre perspectiva biomedicală, recunoaşte din ce în ce mai mult puterea meditaţiei şi terapiei tradiţionale de a determina modificări structurale concrete în fiziologia cerebrală, întru totul la fel de „reale" ca modificările aduse de pastile şi de terapia cu electroşocuri. Un studiu publicat în 2011 de cercetătorii de la Massachusetts General Hospital a descoperit că subiecţii care practicau meditaţia în medie doar 27 de minute pe zi timp de opt săptămâni prezentau modificări vizibile ale structurii cerebrale. Meditaţia a dus la reducerea densităţii amigdalei29, o schimbare fizică corelată cu niveluri mai mici de stres – pe măsură ce amigdala devenea mai puţin densă, subiecţii se simţeau mai puţin stresaţi. Alte studii30 au descoperit că budiştii care sunt deosebit de pricepuţi la meditaţie prezintă o activitate mai mare chiar decât pentru Freud, adaptarea psihologică reuşită depinde de controlul sufletului logic (*Jogistikori*) asupra sufletului libidinal (*epithumetikori*). Acest pasaj din *Republica* lui Platon este o neaşteptată prefigurare a complexului oedipian al lui Freud: „La ce fel de dorinţe te referi? Mă gândesc la cele ce se trezesc în timpul somnului, când restul sufletului doarme, adică partea sa raţională, domesticită şi stăpână pe sine, în timp ce partea bestială şi sălbatică, îmbuibată de mâncare sau băutură, saltă şi, alungând somnul, caută să iasă şi să-şi împlinească firea. Ştii bine doar că ea îndrăzneşte să facă orice într-un astfel de somn, fiind dezlegată şi desprinsă de orice ruşine şi cugetare. Nu se dă înapoi deloc, pare-se, să

poftească a se împreună cu mama sau cu oricine altcineva – om, zeu, fiară – să făptuiască orice crimă…” (vezi Platon, *Opere V*, *Republica*, trad. de Andrei Cornea, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1986, pp. 381 – 382 – n.tr.). (Când Wilfred Trotter, influent neurochirurg britanic de la începutul secolului XX, a dat peste acest pasaj, a declarat: „Această remarcă a lui Platon îl face respectabil pe Freud” 28.) mult mai intensă la nivelul cortexului frontal şi mult redusă la nivelul amigdalei în comparaţie cu oamenii normali? Meditaţia şi exerciţiile de respiraţie profundă funcţionează din motive asemănătoare celor care stau la baza tratamentelor psihiatrice, exercitându-şi efectul nu doar asupra vreunei concepţii abstracte a minţii, ci în mod concret asupra corpului nostru, asupra echivalentelor somatice ale sentimentelor noastre. Cercetări recente au arătat că până şi terapia de modă veche poate avea efecte fizice, tangibile, asupra formei creierului nostru.32 Poate Kierkegaard se înşela când spunea că omul care a învăţat să trăiască în anxietate a învăţat lucrul cel mai important, cel mai semnificativ din punct de vedere existenţial – poate că nu a învăţat decât tehnicile potrivite de a-şi controla amigdala hiperactivă”.

*) Persoanele care meditează cel mai bine pot chiar să-şi suprime reacţia de tresărire31, o reacţie fiziologică rudimentară la zgomote puternice şi la alţi stimuli neaşteptaţi, mediată de amigdală. (S-a demonstrat că intensitatea reacţiei de tresărire – evaluată în copilărie sau la vârsta adultă – corelează semnificativ cu tendinţa de a dezvolta tulburări anxioase şi depresie.)

”) în ceea ce-l priveşte, William James, asemenea lui Darwin, considera că procesele exclusiv fizice, instinctive, *precedă* conştientizarea emoţiei – şi că, de fapt, precedă existenţa oricărei stări cerebrale. La finalul secolului al XIX-lea, el şi medicul danez Carl Lange au propus ipoteza că emoţiile sunt produse de reacţii fizice automate la nivelul corpului, şi nu invers. Conform perspectivei care a ajuns cunoscută ca teoria James-Lange, modificările

organice generate de sistemul nervos autonom, care operează sub pragul conştiinţei noastre, determină efecte ca schimbări ale ritmului cardiac, respiraţiei, secreţiei de adrenalină şi dilatării vaselor capilare de la nivelul muşchilor scheletici. Aceste efecte exclusiv fizice sunt cele care apar mai întâi – şi abia apoi apare *interpretarea* noastră a acestora, care determină apariţia emoţiilor ca bucuria sau anxietatea. O situaţie care provoacă teamă sau furie determină o serie de reacţii fiziologice ale corpului – şi apoi mintea conştientă înregistrează aceste reacţii, le evaluează şi le interpretează, generând anxietate sau furie. Conform teoriei James-Lange, nu există nicio experienţă exclusiv psihologică sau cognitivă, cum ar fi anxietatea, care să poată fi separată de modificările de la nivelul sistemului nervos autonom. Mai întâi apar modificările fizice, apoi emoţiile.

Asta indică faptul că anxietatea este în primul rând un fenomen fizic, şi abia apoi psihologic. „Teoria mea", scria James, „este că modificările corporale

Darwin a observat că echipamentul care provoacă atacurile de panică la oameni este derivat din aceleaşi rădăcini evoluţioniste urmează direct perceperii faptului care provoacă excitaţia, iar noi simţim aceste modificări aşa cum apar în emoţie. Înţelegerea obişnuită spune că, dacă ne pierdem averea, suntem trişti şi plângem; dacă dăm de un urs, ne speriem şi fugim; dacă suntem insultaţi de un rival, suntem furioşi şi îl lovim. Ipoteza susţinută aici afirmă că această ordine a întâmplărilor nu este corectă […] şi că o afirmaţie mai raţională este că suntem trişti pentru că plângem, suntem furioşi pentru că lovim, suntem speriaţi pentru că tremurăm" 33. Stările fizice creează stări psihice, şi nu invers.

Teoria James-Lange a fost mai târziu pusă la îndoială de cercetări asupra pacienţilor cu traumatisme la nivelul coloanei vertebrale care îi făceau să nu poată primi *niciun fel de* informaţie senzorială de la organe – oameni care nu puteau să simtă deloc tensiune musculară sau disconfort

digestiv; oameni care erau cu adevărat creier fără corp – şi care raportau totuşi că simţeau senzaţii psihologice neplăcute de groază şi anxietate. Asta arată că teoria James-Lange este, dacă nu întru totul greşită, cel puţin incompletă. Dacă pacienţii care nu pot primi informaţii despre starea corpului lor pot să resimtă anxietate, atunci poate că anxietatea este în primul rând o stare mentală, una care nu are nevoie de *imput de* la restul corpului.

Dar diverse studii desfăşurate de la începutul anilor ’60 sugerează că teoria James-Lange este, în cele din urmă, complet greşită. Când cercetătorii de la Columbia le-au făcut subiecţilor o injecţie cu adrenalină, a crescut ritmul cardiac şi respirator al tuturor şi fiecare dintre ei a resimţit o intensificare a emoţiei – dar cercetătorii au putut manipula emoţia subiecţilor schimbând contextul.34 Subiecţii cărora li s-au dat motive să simtă emoţii pozitive s-au simţit fericiţi, în timp ce aceia cărora li s-au dat motive să simtă emoţii negative s-au simţit furioşi sau anxioşi – şi în toate cazurile au simţit emoţia respectivă (oricare ar fi fost) mai intens decât subiecţii cărora li s-a făcut o injecţie placebo. Injecţia cu adrenalină a determinat amplificarea *intensităţii* emoţiei, dar nu a determinat *tipul de emoţie* –, aceasta a fost oferită de contextul experimental. Asta sugerează că sistemul autonom conţine mecanica emoţiei – însă interpretarea mentală a mediului exterior conţine valenţa.

Alte cercetări recente sugerează că James şi Lange aveau dreptate când au observat că procesele fiziologice sunt esenţiale pentru generarea emoţiilor şi pentru determinarea intensităţii acestora. De exemplu, un număr din ce în ce mai mare de studii arată că expresiile faciale pot *provoca* – şi nu doar reflecta – emoţia asociată cu acestea. Zâmbeşte şi vei fi fericit; tremură, după cum spunea James, şi vei fi speriat.

ca reacţia de tipul luptă-sau-fugă a unui şobolan sau ca reacţia de evitare a stimulilor aversivi a unui melc marin. Ceea ce înseamnă că anxietatea, cu toată filosofia şi

psihologia pe care i le-am asociat, poate fi un fenomen biologic ireductibil cu nimic diferit la oameni faţă de animale.

Ce anume pierdem, dacă pierdem ceva, când anxietatea noastră este redusă la materialul componentelor fiziologice – la deficite de serotonină şi dopamină sau la un exces de activitate la nivelul amigdalei şi ganglionilor bazali? în 1944, teologul Paul Tillich a sugerat că *Angst* este reacţia firească a omului la „frica de moarte, conştiinţă, vinovăţie, disperare, viaţă cotidiană etc”. 35. Pentru Tillich, întrebarea esenţială a vieţii era: Suntem noi în siguranţă, îngrijiţi de o divinitate, sau trudim inutil spre moarte într-un univers rece, mecanic şi indiferent? Este găsirea păcii interioare în principal o chestiune de împăcare cu această întrebare? Sau este, într-un mod mai mundan, o chestiune de calibrare adecvată a nivelurilor de serotonină din sinapse? Sau sunt toate astea, la urma urmei, acelaşi lucru?

Poate că omul este una dintre cele mai temătoare creaturi, din moment ce la frica fundamentală de animale de pradă şi semeni agresivi se adaugă frici existenţiale cu baze intelectuale.

— Irenăus Eibl-Eibesfeldt, „Fear, Defence and Aggression in Animals and Man: Some Ethological Perspectives” Q, Frică, apărare şi agresivitate la animale şi oameni: perspective etologice”) (1990)

Nu demult, i-am trimis un e-mail dr. W., care s-a specializat timp de 40 de ani în tratarea anxietăţii, pentru a-l ruga să rezume definiţia lui la o singură frază.

„Anxietatea”, a scris el, „este teama de suferinţa viitoare – anticiparea temătoare a unei catastrofe intolerabile fără speranţa de a putea fi împiedicată”. Pentru dr. W., caracteristica esenţială a anxietăţii şi ceea ce o face mai mult decât pur instinct animal este orientarea spre viitor. Prin asta, dr. W. gândeşte ca mulţi dintre marii teoreticieni ai emoţiilor (de exemplu, Robert Plutchik, medic şi psiholog, unul dintre cei mai influenţi

oameni de ştiinţă din secolul XX în domeniul emoţiilor, definea anxietatea ca fiind „combinaţia de anticipare şi frică”) şi arată că Darwin, cu tot accentul pus pe asemănările comportamentale dintre animale şi oameni, credea acelaşi lucru. („Dacă ne aşteptăm să suferim, suntem neliniştiţi”, scria Darwin în *Expresia emoţiilor la om şi animale*. „Dacă nu avem nicio speranţă de alinare, cădem în depresie.”) Animalele nu au niciun concept abstract al viitorului; nu au niciun concept abstract al anxietăţii, nicio capacitate de a se îngrijora în privinţa fricilor lor. Un animal poate resimţi o „dificultate de respiraţie” sau „palpitaţii” (în formularea lui Freud) induse de stres – dar niciun animal nu se poate *îngrijora* în privinţa simptomelor lui şi nu le poate *interpreta* în niciun fel. Un animal nu poate fi ipohondru.

De asemenea, animalul nu se poate teme de moarte. Şobolanii şi melcii marini nu au conştiinţa abstractă a perspectivei unui accident de maşină sau a prăbuşirii unui avion sau a unui atac terorist sau a anihilării nucleare – sau a respingerii sociale sau a scăderii propriului statut sau a umilirii profesionale sau a pierderii inevitabile a oamenilor pe care îi iubim sau a finitudinii existenţei corporale. Aceasta, alături de capacitatea noastră de a conştientiza senzaţiile de frică şi de a ne gândi la ele, oferă experienţei umane a anxietăţii o dimensiune existenţială care lipseşte cu desăvârşire din „răspunsul de alarmă” al unui melc marin. Pentru dr. W., această dimensiune existenţială este esenţială.

Dr. W., urmându-l pe Freud, spune că, în timp ce *frica* este provocată de ameninţări „reale” din lume, *anxietatea* este provocată de ameninţări din interiorul propriului sine. Anxietatea este, în formularea dr. W., „un semnal că se prăbuşesc apărările obişnuite împotriva perspectivelor intolerabil de dureroase asupra sinelui”, în loc să te confrunţi cu realitatea faptului că relaţia conjugală e pe cale să eşueze sau că slujba ta nu duce nicăieri sau că decazi în decrepitudine geriatrică sau că o să mori –

adevăruri existenţiale greu de gestionat –, mintea ta creează uneori simptome de anxietate care te distrag şi te apără, transformând suferinţa psihică în atacuri de panică sau în anxietate generală liber flotantă sau dezvoltând fobii în care îţi proiectezi chinul lăuntric. Este interesant că mai multe studii recente au descoperit că în momentul în care un pacient anxios începe să se ocupe conştient de un conflict psihic anterior ascuns, ridicându-l din mlaştina inconştientului în lumina conştiinţei, se schimbă semnificativ o grămadă de indicatori fiziologici: tensiunea arterială şi ritmul cardiac se reduc, se diminuează reacţia electrodermală, scade nivelul de hormoni de stres din sânge.36 Se întâmplă frecvent ca simptomele fizice cronice – dureri de spate, dureri de stomac, dureri de cap – să dispară spontan, pe măsură ce problemele emoţionale care înainte erau „somatizate” (sau transformate în simptome fizice) sunt conştientizate.1

Însă, considerând că tulburările anxioase apar de obicei din eforturi nereuşite de rezolvare a unor dileme existenţiale fundamentale, dr. W., după cum vom vedea, este împotriva psihofarmacologiei moderne (care susţine, în temeiul a 60 de ani de studii asupra medicamentelor, că baza anxietăţii şi depresiei este „dezechilibrul chimic”), neuroştiinţelor (a căror dezvoltare a demonstrat nu doar activitatea cerebrală asociată diverselor stări emoţionale, ci şi, în unele cazuri, anormalităţi structurale specifice asociate bolii mintale) şi studiilor asupra temperamentului şi geneticii moleculare (care indică destul de convingător că ereditatea joacă un rol important în determinarea nivelului bazai de anxietate şi susceptibilităţii la tulburări psihiatrice).

Dr. W. nu pune la îndoială descoperirile nici uneia dintre aceste modalităţi de cercetare. Consideră că medicamentele pot constitui un tratament eficient al simptomelor anxietăţii. Dar perspectiva lui, bazată pe 30 de ani de muncă în clinică, cu sute de pacienţi anxioşi, este că la rădăcina a aproape oricărei anxietăţi clinice se află

un fel de criză existenţială în legătură cu ceea ce el numeşte „date ontologice” – faptul că îmbătrânim, că vom muri.

9 Oricât de discreditate ar fi fost descoperirile freudiene, elemente din teoriile lui Freud au fost validate empiric de descoperiri recente ale unor astfel de cercetări.

că vom pierde oamenii dragi, că probabil vom suferi eşecuri profesionale şi umilinţe personale care ne vor afecta profund, că trebuie să ne zbatem să găsim sens şi scop în viaţa noastră şi că trebuie să ajungem la compromisuri între libertatea personală şi siguranţa afectivă şi între dorinţele noastre şi constrângerile relaţiilor şi comunităţilor noastre. Conform acestei perspective, fobiile noastre de şobolani sau de şerpi sau de brânză sau de miere (da, miere; actorul Richard Burton nu suporta să fie în aceeaşi încăpere în care era miere, chiar dacă era închisă într-un borcan, chiar dacă borcanul era închis într-un dulap37) sunt deplasări ale preocupărilor noastre existenţiale mai profunde, proiectate asupra unor lucruri din exterior.

La începutul carierei sale, dr. W. a tratat un student în anul II de facultate care întreaga viaţă se pregătise să devină pianist profesionist. Când profesorii i-au spus că nu era suficient de talentat pentru a-şi îndeplini visul, a fost copleşit de atacuri de panică groaznice. În viziunea dr. W., panica era un simptom provocat de incapacitatea pacientului de a se împăca cu pierderea existenţială subiacentă: sfârşitul aspiraţiilor profesionale, prăbuşirea concepţiei despre sine ca pianist. Tratarea panicii i-a permis acestui student să resimtă disperarea acestei pierderi – şi apoi să înceapă să-şi construiască o nouă identitate. Un alt pacient, un medic de 43 de ani care avea o clinică prosperă, a dezvoltat o tulburare de panică după ce fiul său cel mare a plecat la facultate, când a început să se accidenteze la tenis, un sport la care până atunci excelase. Dr. W. a tras concluzia că panica a fost generată de această pierdere dublă (a copilăriei fiului său şi a

propriei vigori atletice), combinaţie care a provocat îngrijorări existenţiale cu privire la declinul în decrepitudine şi moarte. Ajutându-l pe acest medic să se împace cu pierderile şi să accepte realitatea „ontologică” şi eventualitatea declinului şi morţii, dr. W. l-a ajutat să se elibereze de anxietate şi depresie.1

O Trebuie să spun aici că nu încalc acordul de confidenţialitate scriind despre aceşti pacienţi; dr. W. a publicat în diverse locuri istoriile de caz (anonime) ale acestor persoane.

În viziunea dr. W., simptomele de anxietate şi panică servesc drept ceea ce el numeşte „ecran de protecţie” (ceea ce Freud numea „apărare nevrotică”) împotriva durerii ascuţite asociate confruntării cu pierderea sau mortalitatea sau ameninţările la adresa stimei de sine (în mare, ceea ce Freud numea eu). În unele cazuri, simptomele intense de anxietate sau panică pe care le resimt pacienţii sunt distrageri nevrotice sau modalităţi de *coping* cu imagini negative de sine sau sentimente de inadecvare – ceea ce dr. W. numeşte „răni ale sinelui”.

Consider interpretarea bazată pe sensul existenţial al simptomelor de anxietate pe care o oferă dr. W. ca fiind în anumite privinţe mai interesantă decât cele comune, biomedicale. Dar o vreme îndelungată am găsit literatura ştiinţifică modernă asupra anxietăţii – care are mult mai mult de-a face cu „activarea neuronală de la nivelul amigdalei şi *locus coeruleuf* (cum spun specialiştii în neuroştiinţe) şi cu „îmbunătăţirea sistemului serotoninergic” şi „inhibarea sistemului glutamat” (cum spun psihofarmacologii) şi cu identificarea „polimorfismelor uninucleotidice” specifice asupra diverselor gene care determină un temperament anxios (cum spun geneticienii comportamentalişti) decât cu problemele existenţiale – ca fiind mai ştiinţifică şi mai convingătoare decât teoria dr. W. asupra anxietăţii. Şi cred în continuare asta. Dar mai puţin decât înainte.

Nu demult, în terapia mea cu dr. W., am ajuns cu

precauţie la tehnica de expunere în imaginaţie pentru fobiile mele.1 Am stabilit împreună o ierarhie de situaţii înfricoşătoare şi am făcut apoi cu blândeţe o „decondiţionare treptată”, în cadrul căreia a trebuit să-mi imaginez anumite lucruri tulburătoare în timp ce făceam exerciţii de respiraţie profundă, sperând să reduc anxietatea stimulată de aceste lucruri. Odată ce conjuram o imagine şi încercam să o menţin în minte fără să mă panichez, dr. W. mă întreba ce simt.

*) Această terapie este bazată pe o tehnică numită desensibilizare sistematică, introdusă în anii ’60 de Joseph Wolpe, influent psiholog comportamentalist, a cărui cercetare iniţială a fost centrată pe eliminarea răspunsului de frică la pisici.38

Asta s-a dovedit a fi surprinzător de dificil. Deşi mă aflam în siguranţă în cabinetul dr. W. dintr-o casă din suburbie şi puteam opri oricând exerciţiul, simpla imaginare a scenariilor înfricoşătoare a devenit anxietate agonizantă. Indicatorii cei mai mici, cei mai improbabili – să mă văd într-un telescaun sau într-un avion zguduit de turbulenţe; să-mi imaginez găleata verde aşezată lângă patul meu când eram mic şi eram stricat la burtă – mă făceau să transpir şi să am hiperventilaţie. Răspunsul meu de anxietate la aceste imagini exclusiv mentale a fost atât de intens, încât de câteva ori a trebuit să ies din cabinetul dr. W. şi să mă plimb prin grădină pentru a mă calma.

În aceste şedinţe de decondiţionare, dr. W. a încercat să mă facă să mă concentrez exact asupra lucrurilor care îmi provocau anxietatea.

Îmi este greu să răspund la această întrebare. În cursul expunerii în imaginaţie – ca să nu mai vorbesc de momentele în care chiar mă confrunt cu un „stimul fobie” – nu mă pot concentra deloc pentru a răspunde la întrebare. Nu simt decât o groază totală, copleşitoare, şi nu-mi doresc decât să scap – de teroare, de conştiinţă, de corpul meu, de viaţa mea.1

Pe parcursul câtorva şedinţe s-a întâmplat ceva

neaşteptat. Când încercam să mă confrunt cu fobia, eram deturnat de tristeţe. Stăteam pe canapea în cabinetul dr. W., respirând profund şi încercând să-mi imaginez scena din „ierarhia decondiţionării”, iar mintea mea începea să rătăcească.

— Spune-mi cum te simţi, îmi zicea dr. W.

— Puţin trist, răspundeam eu.

— Păstrează starea asta, spunea el.

Şi câteva secunde mai târziu eram copleşit de lacrimi.

Sunt stânjenit când povestesc asta. În primul rând, cât de lipsit de bărbăţie pot fi? în al doilea rând, nu cred în rezolvarea

*) l-am sugerat la un moment dat dr. W. că, dacă aş avea un pistol şi aş ști că măcar am posibilitatea să scap de teroarea fobiei, poate că anxietatea ar da înapoi, din moment ce *posibilitatea* de a scăpa mi-ar oferi un oarecare sentiment de control.

„Poate”, a fost el de acord. „Dar ar creşte şi riscul să te omori”. afectivă magică a eliberării cathartice. Dar mărturisesc că m-am simţit puţin uşurat stând acolo şi plângând în hohote.

Această izbucnire de tristeţe apărea de fiecare dată când încercam exerciţiul.

— Ce se întâmplă? l-am întrebat pe dr. W. Ce înseamnă asta?

— Înseamnă că suntem pe cale să descoperim ceva, a spus el, oferindu-mi un şerveţel să-mi şterg lacrimile.

Da, ştiu, şi pe mine povestea asta mă face să mă simt stânjenit. Dar atunci, când stăteam pe canapea şi plângeam, afirmaţia dr. W. a părut un gest minunat de încurajator şi autentic – care m-a impresionat şi m-a făcut să plâng şi mai tare.

— Acum eşti exact în inima rănii, a spus el.

Dr. W. consideră, la fel ca Freud, că anxietatea poate fi o adaptare care are scopul de a proteja psihicul de o altă sursă de tristeţe sau suferinţă. îl întreb de ce, dacă aşa

stau lucrurile, anxietatea este adesea mai intensă decât tristeţea. Oricât de tare mă face să plâng, această „rană” în care se presupune că mă aflu e mai puţin neplăcută decât teroarea pe care o simt când sunt într-un avion afectat de turbulenţe sau când mi-e greaţă sau când, atunci când eram mic, înduram anxietatea de separare.

— Aşa se întâmplă frecvent, spune dr. W.

Nu prea ştiu ce să înţeleg de aici. De ce mă simt mult mai bine – mai fericit şi relativ mai puţin anxios – după ce înot în presupusa mea „rană”? 1

— Încă nu ştim, spune dr. W. Dar suntem pe calea cea bună.

9 în timpul primelor eforturi de dezvoltare a tehnicilor psihanalitice de la sfârşitul secolului al XIX-lea, Sigmund Freud şi mentorul său, Josef Breuer, numeau această eliberare cathartică a gândurilor şi emoţiilor reprimate „curăţarea hornului” 39

Partea a II-a

O ISTORIE

A TULBURĂRILOR MELE INTESTINALE

CAPITOLUL 3

Se mişcă ceva prin burtă

Neliniştea – o afecţiune dificilă. Bolnavul simte un fel de ghimpe care-l înţeapă pe dinăuntru şi este chinuit de greaţă.

— Hipocrate, *Despre boală* (secolul al IV-lea î.Hr.)

Am un coşmar recurent că sunt mireasă şi mi-e rău, fug din biserică şi-mi abandonez soţul la altar.

— Emma Pelling, citată în 5 iunie 2008 în articolul din *United Press International* „Bride’s Vomit Fear Delays Wedding” Q, Teama miresei de a nu vomita întârzie nunta”)

Mă chinuieşte emetofobia, frica patologică de a vomita, deşi a trecut o vreme de când am vomitat ultima dată. De fapt, a trecut destul de mult: mai exact, până acum, când scriu aceste rânduri, au trecut 35 de ani, două luni, patru zile, 22 de ore şi 49 de minute. Asta înseamnă că au trecut peste 83% din zilele mele pe pământ de când

am vomitat ultima oară, în seara zilei de 17 martie 1977. Nu am vomitat în anii ’80. Nu am vomitat în anii ’90. Nu am vomitat în noul mileniu. Şi bineînţeles că sper să trec de mijlocul vieţii fără vreo întrerupere. (Evident, am ezitat până şi să scriu acest paragraf, de teamă să nu cobesc sau să nu provoc destinul şi, scriind asta, bat în lemn şi mă rog la diverşi zei şi ursitoare.)

Asta înseamnă că mi-am petrecut, calculând aproximativ, cel puţin 60% din tot timpul în care nu am dormit gândindu-mă şi făcându-mi griji despre ceva ce a durat 0% din ultimii mai bine de 30 de ani. E iraţional.

O parte din mine protestează imediat: *Dar stai, dacă nu este iraţional*? *Dacă există, de fapt, o relaţie cauzală între* îngrijorarea *în legătură cu vomitatul şi faptul de a nu vomita*? *Dacă vigilenţa mea permanentă este ceea ce mă protejează – prin magie sau printr-o îmbunătăţire nevrotică a sistemului meu imunitarsau pur şi simplu prin evitarea obsesivă a bacteriilor de intoxicare alimentară şi virusuri stomacale*?

Când, de-a lungul anilor, le-am împărtăşit această idee mai multor psihoterapeuţi, au răspuns: „Să spunem că ai dreptate în legătură cu această relaţie cauzală – comportamentul tău rămâne iraţional. Uite cât timp risipeşti, cum ţi-ai otrăvit viaţa îngrijorându-te pentru ceva care, deşi neplăcut, în general se întâmplă rar şi este aproape întotdeauna nesemnificativ din punct de vedere medical”. Chiar dacă, fiind mai puţin vigilent, m-aş alege cu un virus stomacal sau o intoxicaţie alimentară, spun terapeuţii, nu ar merita dacă aş recâştiga astfel o mare parte din viaţă?

Presupun că o persoană raţională, nefobică, ar răspunde afirmativ. Şi desigur că ar avea dreptate. Dar pentru mine răspunsul rămâne un nu apăsat.

O parte uimitor de mare a vieţii mele este centrată pe încercarea de a evita să vomit şi pe pregătirea pentru situaţia în care s-ar întâmpla asta. O parte a comportamentului meu face parte din germofobia

standard: evit spitalele şi toaletele publice, mă ţin departe de oamenii bolnavi, mă spăl obsesiv pe mâini, sunt foarte atent la proveniența tuturor lucrurilor pe care le mănânc.

Dar alte obişnuinţe sunt extreme, dată fiind improbabilitatea statistică de a vomita într-un anumit moment. Depozitez pungi pentru răul de mişcare, pe care le-am luat din avioane, peste tot prin casă şi la birou şi în maşină, în caz că sunt copleşit brusc de nevoia de-a vomita. Am la mine tot timpul Pepto-Bismol şi Dramamine şi alte medicamente antiemetice. Ca un general care monitorizează mişcările inamicului, am o hartă mentală detaliată a incidenţelor înregistrate de norovirus (cea mai comună formă de virus stomacal) şi de alte forme de gastroenterită, folosindu-mă de internet pentru a identifica epidemiile din SUA şi din alte zone ale lumii. Obsesia mea este de aşa natură, încât pot să-ţi spun în orice moment care aziluri din Noua Zeelandă, care nave de croazieră din Mediterană şi care şcoli generale din Virginia au de-a face cu epidemii. O dată, când mă plângeam tatălui meu că nu există o bază de date cu informaţii despre epidemiile de norovirus aşa cum există pentru gripă, a intervenit soţia mea.

— Ba da, există, a spus ea.

Ne-am uitat la ea neîncrezători.

— Tu, a zis ea, şi avea dreptate.

Emetofobia mi-a controlat viaţa, cu o intensitate fluctuantă a tiraniei, timp de vreo 35 de ani. Nimic – nici miile de ore de psihoterapie prin care am trecut, nici zecile de medicamente pe care le-am luat, nici hipnoza la care m-am supus când aveam 18 ani, nici virusurile stomacale pe care le-am contractat şi pe care le-am suportat fără să vomit – nu a reuşit să o elimine.

Timp de câţiva ani am lucrat cu un terapeut, dr. M., o tânără psiholoagă care avea un cabinet la Centrul pentru Anxietate şi Tulburări Anxioase de la Universitatea Boston. Iniţial căutasem un tratament pentru anxietatea mea de a vorbi în public, însă, după câteva luni de consiliere, dr. M.

a propus să încercăm şi principiile a ceea ce este cunoscut ca terapie prin expunere pentru suprimarea emetofobiei mele.

Şi acesta e motivul pentru care în scurt timp am ajuns în centrul unui tablou absurd.

Ţin o prelegere despre fondarea Peace Corps – care pare uşor artificială şi ciudată, pentru că locul este o mică sală de conferinţe în care se intră dintr-unul din holurile Centrului pentru Anxietate şi Tulburări Anxioase. Audienţa mea constă în dr. M. şi trei studenţi pe care i-a adunat în ultimul moment din împrejurimile clădirii. În timpul discursului meu, într-un colţ al încăperii, pe un televizor mare rulează un montaj video cu oameni care vomită.

— Iniţial, planul preşedintelui Kennedy era ca activitatea Peace Corps să se desfăşoare în sediul Agenţiei pentru Dezvoltare Internaţională, spun eu în timp ce pe ecranul din dreapta mea un om îşi varsă maţele. Dar Lyndon Johnson fusese convins de Sargent Shriver, cumnatul lui Kennedy, că aducerea Peace Corps în cadrul unei birocraţii guvernamentale deja existente ar însemna să-i anuleze eficienţa şi s-o castreze. Pe ecran, voma stropeşte podeaua.

Un dispozitiv ataşat pe un deget îmi monitorizează ritmul cardiac şi nivelul de oxigen din sânge. O dată la câteva minute, dr. M. Îmi întrerupe discursul şi zice:

— Spune-mi scorul anxietăţii tale de acum.

Eu trebuie să răspund oferindu-i o evaluare a anxietăţii mele din acel moment pe o scară de la 1 la 10, 1 însemnând complet calm, iar 10 teroare pură.

— Cam şase, spun eu cu sinceritate. Sunt mai puţin anxios cât stânjenit şi îngreţoşat.

— Dă-i înainte, spune ea, şi eu mă întorc la prelegerea mea în timp ce pe ecran continuă cacofonia de vomitări.

Când mă uit în sală văd că studenţii, două fete şi un băiat, încearcă să fie atenţi la ce spun, dar simt evident distraşi de tămbălăul din fundal. Tânărul este galben la

faţă; mărul lui Adam îi tremură, îmi dau seama că se împotriveşte reflexului de regurgitare.

Da, mă simt puţin anxios, dar şi întru totul ridicol. Cum se poate ca faptul de a susţine un fals discurs în faţa unei false audienţe între imagini nesfârşite de vomă să mă vindece de fobia de a vorbi în public sau de a vomita?

Oricât de bizară ar fi această scenă, principiile terapeutice de la bază sunt bine stabilite. Terapia prin expunere – în esenţă, expunere la orice ar fi ceea ce provoacă frica patologică, indiferent dacă e vorba de şobolani sau şerpi sau avioane sau înălţimi sau vomă – constituie de zeci de ani un tratament standard pentru fobii şi este acum o componentă importantă a terapiei cognitiv-comportamentale. Logica acestei abordări – sprijinită recent de cercetările realizate de specialişti în neuroştiinţe – este că expunerea prelungită la obiectul fricii sub îndrumarea unui terapeut face ca obiectul să devină mai puţin înfricoşător. Însoţită de terapeut, o persoană care se teme de înălţimi ajunge din ce în ce mai aproape de marginea unui balcon de la un etaj din ce în ce mai înalt al unor clădiri din ce în ce mai înalte. O persoană cu siderodromofobie (fobie de trenuri) face un drum scurt cu metroul, apoi unul mai lung şi apoi unul şi mai lung, până când frica se reduce şi, treptat, dispare complet. O formă mai agresivă de expunere, cunoscută *caflooding* (inundare), constă într-o experienţă mult mai intensă. Pentru a trata, să spunem, fobia de avion utilizând tehnica standard de expunere, persoana care se teme de zbor poate începe cu vizite la aeroport pentru a privi decolarea şi aterizarea avioanelor până când se reduce nivelul anxietăţii. Ajunge chiar să intre într-un avion şi să se obişnuiască să fie înăuntru, lăsând intensitatea reacţiilor fizice şi a emoţiilor de frică să se amplifice şi să scadă, după care face un scurt zbor comercial însoţită de un terapeut. În cele din urmă, va încheia programul reuşind să zboare singură curse mai lungi. Spre deosebire de asta, aplicarea *floodingxilui* în cazul aerofobiei ar însemna ca

pacientul să se urce într-un avion mic, cu două motoare, să fie ridicat în aer şi supus unor acrobaţii aeronautice care să-i întoarcă stomacul pe dos. Conform acestei teorii, anxietatea pacientului va atinge iniţial un nivel maxim, dar se va reduce apoi pe măsură ce învaţă rapid că poate supravieţui deopotrivă zborului şi experienţei propriei anxietăţi. Unii terapeuţi păstrează relaţia cu piloţi din împrejurimi, astfel încât să poată oferi acest tip de terapie. (Dr. M. mi l-a oferit; am refuzat.)

David Barlow, fost director al Centrului pentru Anxietate şi Tulburări Anxioase, afirmă că scopul terapiei prin expunere este de a „îl speria de moarte pe pacient" pentru a-l învăţa că poate să tolereze frica.1 Tehnicile de expunere ale lui Barlow pot părea crude şi neobişnuite, dar el susţine că rata de vindecare a fobiei ajunge la 85% (adesea într-o săptămână sau mai puţin), şi există numeroase studii care confirmă această afirmaţie? 2

Ideea din spatele încercării dr. M. de a combina expunerea mea la vorbitul în public şi vomitat era să-mi crească anxietatea cât de mult posibil – pentru a mă „expune" cu atât mai mult la ea şi la lucrurile de care mă temeam, astfel încât să pot începe procesul de „eliminare" a acelor frici. Problema a fost că aceste simulări erau prea artificiale pentru a-mi genera un nivel suficient de

9 Pe de altă parte există multe dovezi care arată că anxietatea fobică se formează mult mai uşor decât se elimină. Barlow însuşi are o fobie de înălţimi de care recunoaşte că nu a reuşit să se vindece.3 anxietate. Să discut cu câţiva studenţi în cabinetul dr. M. mă făcea să mă simt agitat şi inconfortabil, dar nu genera vreodată ceva asemănător groazei copleşitoare pe care o provoacă un angajament real de a vorbi în public – mai ales din moment ce ştiam că studenţii studiau tulburările de anxietate. Nu mă simţeam obligat, ca de obicei, să încerc să-mi ascund anxietatea; porneam deja de la premisa că colegii dr. M. mă considerau damblagii, aşa că nu trebuia să fac eforturi generatoare de anxietate pentru a-mi

ascunde damblageala. Aşa că, deşi până şi micile întâlniri de la slujbă mă puteau arunca încă într-o panică agonizantă – ca să nu mai vorbesc de angajamentele de a vorbi în faţa unor săli pline, care mă îngrozeau luni întregi –, falsele prezentări pe care le făceam în şedinţele săptămânale cu dr. M. erau copii palide ale versiunii reale. Da, ciudate şi neplăcute, dar nu antrenau suficientă anxietate pentru a constitui o terapie prin expunere eficientă.

În mod asemănător, deşi experienţa de a privi înregistrări cu persoane care vomitau era stânjenitoare şi neplăcută, nu producea nimic asemănător nivelului de groază care face membrele să tremure şi sufletul să se cutremure provocat de senzaţia că sunt pe cale să vomit; ştiam că acele filme nu mă puteau infecta şi ştiam că puteam oricând să mă uit pur şi simplu în altă parte sau să le opresc dacă anxietatea mea devenea prea greu de suportat, în mod esenţial – şi fatal, în ceea ce priveşte eficienţa terapiei prin expunere –, scăparea era oricând posibilă.1

Dându-şi seama – la fel ca alţi terapeuţi de până atunci şi de atunci înainte – că frica mea de a vomita se afla la baza celorlalte

Întâmplător, însăşi existenţa acestor filme în care se vomita – şi până acum am văzut câteva – este o dovadă a frecvenţei emetofobiei; utilizarea acestora a devenit o practică obişnuită în tratarea fobicilor. Unii terapeuţi încearcă de asemenea să decondiţioneze treptat pacienţii emetofobi expunându-i la vomă artificială. (în caz că eşti interesat, iată o reţetă recomandată de doi psihologi de la Universitatea Emory pe care i-am întâlnit în 2008 la o conferinţă: amestecă o conservă de supă de vită şi orz cu o conservă de supă-cremă de ciuperci. Adaugă o cantitate mică de condimente dulci şi oţet. Toarnă într-un borcan, sigilează-l şi lasă-l o săptămână la soare.) frici ale mele (de exemplu, mi-e teamă să zbor cu avionul în parte pentru că s-ar putea să mi se facă rău), dr. M. mi-a propus să ne

concentrăm pe asta.

— Are sens, am fost eu de acord.

— Există un singur mod în care asta se poate face adecvat, a spus ea. Trebuie să te confrunţi direct cu fobia, să te expui la ceea ce te sperie cel mai tare.

Hopa!

— Trebuie să te facem să vomiţi.

Nu. Nu se poate. În niciun caz.

Mi-a explicat că un coleg tocmai reuşise să trateze o femeie cu emetofobie dându-i sirop de ipeca, o substanţă care provoacă vărsături. Pacienta, o femeie cu o funcţie de conducere care venise cu avionul de la New York pentru a fi tratată, a petrecut o săptămână la Centrul pentru Anxietate şi Tulburări Anxioase. În fiecare zi lua siropul pe care i-l aducea o asistentă, vărsa şi apoi procesa această experienţă împreună cu terapeutul – „decatastrofizând" întâmplarea, după cum spun terapeuţii cognitiv-comportamentali. După o săptămână a zburat înapoi la New York – vindecată, raporta dr. M., de fobia ei.

Am rămas sceptic. Dr. M. mi-a oferit un articol dintr-o revistă ştiinţifică în care se raporta un caz clinic de emetofobie tratat prin metoda expunerii la ipeca.

— Ăsta e un singur caz, am zis eu. E din *1979.4*

— Au fost multe altele, a spus ea şi mi-a reamintit de pacienta colegului ei.

— Nu pot s-o fac.

— Nu trebuie să faci nimic ce nu vrei să faci, a spus dr. M. Nu o să te forţez niciodată să faci ceva. Dar singurul mod în care poţi să-ţi depăşeşti fobia este să te confrunţi cu ea. Iar singurul mod de a te confrunta cu ea este să vomiţi.

Am avut multe versiuni ale acestei conversaţii de-a lungul mai multor luni. Aveam încredere în dr. M., în ciuda expunerii aparent stupide pe care mi-o pregătise. (Era blândă şi drăguţă şi inteligentă.) Aşa că într-o zi de toamnă am surprins-o spunându-i că eram gata să mă gândesc la această idee. Cu blândeţe, pe un ton liniştitor, mi-a vorbit

despre toate aspectele procesului. Ea şi o asistentă vor rezerva un laborator de la etaj, pentru intimitatea mea, şi vor fi cu mine tot timpul. Voi mânca, voi lua ipeca şi voi vomita rapid (şi voi supravieţui fără probleme, a spus ea). Apoi vom lucra la „recadrarea cogniţiilor mele" despre vomitat. Voi învăţa că nu e ceva de care să fiu îngrozit şi voi fi eliberat.

M-a dus la etaj ca să mă întâlnesc cu asistenta. Asistenta R. m-a condus la laborator şi mi-a explicat că ingurgitarea de ipeca este o formă standard de terapie prin expunere; a spus că fusese implicată în numeroase expuneri ale unor foşti emetofobi.

— Chiar săptămâna trecută a fost aici un tip, a zis ea. Era foarte neliniştit, dar totul a mers bine.

Ne-am întors în cabinetul dr. M.

— În regulă, am spus eu. O s-o fac. Poate.

În următoarele săptămâni am tot reprogramat expunerea – şi în ziua stabilită amânam, spunând că nu sunt gata. Am făcut asta de atâtea ori, încât am şocat-o pe dr. M. când, într-o joi neobişnuit de caldă de început de decembrie, m-am prezentat la cabinetul ei pentru şedinţa programată şi am spus:

— Bine. Sunt pregătit.

Exerciţiul a început cu ghinion. Asistenta R. nu mai avea ipeca, aşa că a trebuit să dea fuga la farmacie să mai cumpere, în timp ce eu am aşteptat o oră în cabinetul dr. M. Apoi s-a dovedit că laboratorul de la etaj era încuiat, aşa că expunerea trebuia să se desfăşoare într-o mică toaletă publică de la subsol. Am fost constant pe punctul de a renunţa; singurul motiv pentru care nu am făcut-o a fost probabil că nu ştiam că pot.

Ceea ce urmează este un extras editat din relatarea pe care am scris-o apoi într-o manieră cât se poate de obiectivă la recomandarea dr. M. (Relatarea neutră afectiv este o modalitate prescrisă în mod obişnuit în încercarea de a preveni tulburarea de stres posttraumatic după o experienţă traumatică.) Dacă şi tu eşti emetofob sau dacă

doar ţi se face uşor greaţă s-ar putea să fie mai bine să sari peste partea asta.

Ne-am întâlnit cu asistenta R. în toaleta de la subsol. După o discuţie iniţială am luat ipeca.

Ajungând într-un punct în care nu mai puteam da înapoi, am simţit cum anxietatea mea creşte semnificativ. Am început să tremur uşor. Speram totuşi să mi se facă repede greaţă, totul să se încheie curând şi să descopăr că experienţa nu a fost atât de rea pe cât mă aşteptam.

Dr. M. mi-a prins de deget un dispozitiv de monitorizare a pulsului şi a nivelului de oxigen din sânge. În timp ce aşteptam să fiu cuprins de greaţă, mi-a cerut să-i spun nivelul anxietăţii mele pe o scară de la 1 la 10.

— Cam nouă, am zis.

Acum începeam să simt oarecare greaţă. Mi-a venit brusc să vomit şi m-am întors spre toaletă. M-am opintit de două ori – dar nu a ieşit nimic. Am îngenuncheat pe podea şi am aşteptat, încă sperând că lucrurile se vor desfăşura rapid şi se vor încheia. Simţeam ca o greutate monitorul de pe deget, aşa că l-am scos.

După un timp mi-a venit din nou să vomit şi diafragma mi s-a contractat. Asistenta R. mi-a explicat că asta precedă evenimentul principal. Acum eram disperat să se termine.

Greaţa a început să vină în valuri intense, prăvălindu-se peste mine şi apoi retrăgându-se. Simţeam în continuare că-mi vine să vomit, dar doar mă forţam, fără să iasă nimic. De câteva ori chiar am simţit cum mi se contractă stomacul. Dar mă opinteam şi… nu se întâmpla nimic.

În acel moment am pierdut noţiunea timpului. La fiecare convulsie transpiram abundent şi, când trecea greaţa, eram leoarcă de sudoare. Mă simţeam ameţit şi-mi făceam griji că s-ar putea să leşin şi să vomit şi să inhalez şi să mor. Când am spus că sunt ameţit, asistenta R. m-a asigurat că am o culoare bună. Dar mi s-a părut că ea şi dr. M. erau puţin alarmate. Asta mi-a amplificat anxietatea –

pentru că dacă efeerau îngrijorate, mă gândeam, atunci chiar trebuia să-mi fac griji. (Pe de altă parte, la un anumit nivel îmi *doream* să leşin, chiar dacă asta însemna să mor.)

După aproximativ 40 de minute şi încă nişte convulsii, dr. M. şi asistenta R. mi-au sugerat să mai iau nişte ipeca. Dar mi-a fost teamă că o a doua doză m-ar face să-mi fie şi mai greaţă o perioadă şi mai lungă. Eram îngrijorat că s-ar putea să-mi vină să vomit fără să vărs ore sau zile în şir. La un moment dat, am trecut de la speranţa că voi vomita rapid şi că ordalia se va încheia la gândul că poate ar trebui să mă împotrivesc efectului provocat de ipeca şi pur şi simplu să aştept să treacă greaţa. Eram epuizat, mi-era groaznic de greaţă şi mă simţeam cu totul mizerabil. Între spasme, zăceam pe gresie tremurând.

A trecut mult timp. Asistenta R. şi dr. M. tot încercau să mă convingă să mai iau ipeca, dar acum nu voiam decât să evit să vomit. Nu mai avusesem spasme de ceva vreme, aşa că am fost uimit când m-a apucat din nou senzaţia violentă că-mi vine să vărs. Simţeam cum stomacul mi se întoarce pe dos şi eram sigur că de data asta chiar se va întâmpla ceva. Nu s-a întâmplat. Am mai inhibat câteva spasme, după care greaţa a început să scadă considerabil. Ăsta a fost punctul în care am început să-mi recapăt speranţa că voi reuşi să scap de acest chin fără să vomit.

Asistenta R. părea furioasă.

— Nene, ai mai mult control decât toţi oamenii pe care-i ştiu, a spus ea.

(La un moment dat a întrebat iritată dacă nu cumva rezistam pentru că nu eram pregătit să închei încă tratamentul. Dr. M. a intervenit şi a spus că evident nu aşa stau lucrurile – doar luasem ipeca, pentru numele lui Dumnezeu.) în cele din urmă – trecuseră de-acum câteva ore de când luasem ipeca –, asistenta R. a plecat, spunând că nu a văzut niciodată pe cineva să ia ipeca şi să nu vomite.1

După încă o vreme şi noi încurajări din partea dr. M. de a încerca să „finalizez expunerea”, am decis împreună

să „încheiem încercarea”. Îmi era greaţă în continuare, dar mai puţin decât înainte. Am vorbit puţin în cabinetul ei şi apoi am plecat.

Conducând spre casă, am devenit extrem de anxios că s-ar putea să vomit şi să fac un accident. Aşteptam cu groază la semafor.

Când am ajuns acasă m-am băgat în pat şi am dormit câteva ore. După ce m-am trezit, m-am simţit mai bine; îmi trecuse greaţa. Dar în acea noapte am avut mai multe coşmaruri în care îmi venea să vomit în toaleta de la subsolul centrului.

În dimineaţa următoare am reuşit să ajung la birou pentru o întâlnire – dar apoi panica s-a intensificat puternic şi a trebuit să mă duc acasă. În următoarele câteva zile am fost prea anxios să ies din casă.

Dr. M. m-a sunat a doua zi să se asigure că eram bine. Cu siguranţă îi părea rău că mă făcuse să trec printr-o experienţă atât de groaznică. Deşi fusesem traumatizat de acest episod, sentimentul ei de vinovăţie era atât de intens încât o compătimeam. La finalul relatării pe care am scris-o la cererea ei, şi care era destul de precisă, am mascat realitatea afectivă a ceea ce credeam (şi anume că expunerea fusese un dezastru abject şi să asistenta R. era o jigodie înfumurată) printr-un ton clinic antiseptic. „Dat fiind istoricul meu, am dat dovadă de curaj luând ipeca”, am scris, „îmi doream să vomit repede. Dar întreaga experienţă a fost traumatizantă, iar nivelul meu general de anxietate – şi fobia mea de vomitat – sunt mai intense decât înaintea expunerii. Recunosc totuşi, pe baza acestei experienţe de a rezista efectelor provocate de ipeca, faptul că abilitatea mea de a mă abţine să vomit este destul de puternică”.

Mai puternică, se pare, decât a dr. M. Mi-a spus că a trebuit să-şi anuleze toate şedinţele programate în după-amiaza zilei expunerii – faptul de a mă privi cum mă înec şi cum lupt împotriva efectelor provocate de ipeca a făcut-o în mod evident să se simtă atât de rău, încât şi-a petrecut

după-amiaza acasă, vomitând. Mărturisesc că am simţit o plăcere perversă provocată de această ironie – ipeca pe care *eu* am luat-o a făcut pe *altcineva* să vomite dar, în esenţă, mă simţeam traumatizat şi foarte anxios. Se pare că nu mă pricep prea bine să-mi depăşesc fobiile, dar reuşesc destul de bine să-i fac pe terapeuţii mei şi pe asociaţii lor să se simtă rău.

M-am mai întâlnit cu dr. M. timp de câteva luni – am „procesat” expunerea ratată, după care, dat fiind că amândoi doream să uităm toată treaba, am trecut de la emetofobie la diverse alte fobii şi nevroze – dar şedinţele aveau acum un iz elegiac, dezlânat. Ştiam amândoi că se terminase?

Uneltele care slujesc să descarce pântecul au umflările şi strânsorile lor anume, în afară şi împotriva chibzuielii noastre.

— Michel de Montaigne, „De la force de l’amăgination” (1574) a

Mintea, după cum spun specialiştii în neurofilozofie, este întru totul încorporată; este, cum spune Aristotel, „materializată”. Clişeele corporale ale agitaţiei nervoase („a avea fluturi în stomac”), anticiparea anxioasă („a te scăpa în pantaloni”, „a te căca pe tine de frică”) sau groaza (resimţită „în burtă”) de fapt nu sunt clişee şi nici metafore, ci truisme – descrieri precise ale efectelor fiziologice provocate de anxietate. Medicii şi filosofii au observat de-a lungul mileniilor puterea a ceea ce revistele medicale numesc axa creier-sistem digestiv. „Se poate chiar să existe o relaţie între o

În cele din urmă, ea s-a mutat, acceptând un post universitar undeva în sud-vest, unde avea posibilitatea de a primi o catedră. În ciuda tuturor lucrurilor care s-au întâmplat, o plac. Dar întotdeauna mă întreb: i se pare ciudat să vorbească cu un fost pacient care vine acum la conferinţele astea cu un caiet, pozând în jurnalist şi într-un fel de expert în anxietate? Cât de des se gândeşte *Ăsta e tipul căruia i-am dat ipeca şi la care m-am uitat ore în şir*

cum se contorsionează şi plânge şi tremură pe podeaua unei toalete publice?

a) Vezi Michel de Montaigne, *Eseuri*, cap. XXI, „Despre tăria închipuirii”, trad. de Mariella Seulescu, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1966, p. 94 (n.tr.). fobie şi friptura de vită, atât sunt de strâns legate stomacul şi creierul” 5, scria Wilfred Northfield în 1934.

Burta stricată din cauza nervilor este necazul modernităţii. Conform unui raport realizat de Harvard Medical School, până la 12% dintre toate persoanele care s-au prezentat la medicul de familie în SUA au făcut-o pentru sindromul colonului iritabil6, sau SCI (*irritable bowel syndrome* – IBS), afecţiune caracterizată de dureri de burtă şi alternanţe de constipaţie şi diaree, despre care majoritatea specialiştilor consideră că este total sau parţial cauzată de stres sau anxietate. Identificată pentru prima dată în 1830 de medicul britanic John Howship7, SCI a fost de atunci denumită, printre altele, „colon spastic”, „intestin spastic”, „colită” şi „tulburare intestinală funcţională”. (Medicii din Evul Mediu şi Renaştere o numeau „melancolie vântoasă” şi „flatulenţă ipohondrică”.) Fiindcă nu a fost niciodată clar identificată o cauză organică a SCI, majoritatea medicilor pun prezenţa acesteia pe seama stresului, conflictului afectiv sau a vreunei alte surse psihologice. În absenţa unei disfuncţionalităţi evidente a nervilor şi muşchilor intestinali, medicii tind să presupună o disfuncţionalitate a creierului – poate o conştiinţă hipersensibilă a senzaţiilor intestinale. Într-o bine-cunoscută serie de experimente8, în care se umflau baloane în colonul pacienţilor cu SCI şi al subiecţilor sănătoşi din grupul de control, pacienţii cu SCI au raportat un prag de durere mult mai scăzut, ceea ce sugerează că relaţia organe-creier poate fi mult mai sensibilă la pacienţii cu intestin iritabil.

Acest fapt este congruent cu trăsătura numită sensibilitate la anxietate, care, a demonstrat cercetarea, are o corelaţie semnificativă cu tulburarea de panică.

Indivizii cu scoruri mari pe aşa-numitul Index al Sensibilităţii la Anxietate, ISA (Anxiety Sensitivity Index, ASI), au un nivel ridicat a ceea ce se numeşte conştiinţă interoceptivă, ceea ce înseamnă că sunt foarte acordaţi la mecanismele interne ale propriului corp, la susurul şi foşnetul propriei fiziologii; sunt mai conştienţi decât ceilalţi oameni de ritmul lor cardiac, de tensiunea arterială, de temperatura corpului, de ritmul respiraţiei, de murmurul digestiv şi aşa mai departe. Această hiperconştientizare a activităţii fiziologice îi predispune pe aceşti oameni la „atacuri de panică cu indicatori interni”: individul cu un scor ISA mare ia act de o creştere subtilă a ritmului cardiac, o senzaţie vagă de ameţeală sau un uşor tremur în piept; la rândul ei, această percepţie provoacă un frison de anxietate conştientă (*Fac infarct*?), care face ca aceste senzaţii fizice să se intensifice. Individul percepe imediat această intensificare a senzaţiei – care la rândul ei generează mai multă anxietate, provocând senzaţii şi mai intense, şi nu trece mult până când ajunge în ghearele panicii. Mai multe studii recente publicate în reviste ca *Journal of Psychosomatic Research* au descoperit o relaţie semnificativă între sensibilitatea la anxietate, sindromul colonului iritabil, îngrijorare şi trăsătura de personalitate cunoscută ca nevrotism, pe care psihologii o definesc, după cum este de aşteptat, ca tendinţa de a te concentra asupra aspectelor negative; o susceptibilitate ridicată la sentimente excesive de anxietate, vinovăţie şi depresie; şi o predispoziţie de a reacţiona exagerat la stres minor. Deloc surprinzător, oamenii cu scoruri mari la testele cognitive de nevrotism sunt disproporţionat de predispuşi să dezvolte fobii, tulburare de panică şi depresie. (Oamenii cu scoruri mici pe scala nevrotismului sunt disproporţionat de rezistenţi la aceste tulburări.)

Dovezile sugerează că oamenii cu colon iritabil au un corp mai reactiv din punct de vedere fizic la stres. Am dat recent de un articol9 din revista medicală *Gut* care explică relaţia circulară dintre cogniţie (gândirea conştientă) şi

elementele fiziologice asociate (ceea ce face corpul ca reacţie la gândire): oamenii mai puţin anxioşi tind să aibă o minte care nu reacţionează exagerat la stres şi un corp care nu reacţionează exagerat la stres atunci când mintea îl percepe, în timp ce oamenii cu anxietate clinică tind să aibă o minte sensibilă într-un corp sensibil – un nivel scăzut de stres îi face să se îngrijoreze şi un nivel scăzut de îngrijorare le face corpul disfuncţional. De asemenea, oamenii cu un stomac cu tulburări digestive au o probabilitate mai mare decât oamenii cu un stomac mai rezistent să se plângă de dureri de cap, palpitaţii, insuficienţă respiratorie şi o stare generală de oboseală. Unele dovezi sugerează că oamenii cu sindrom de colon iritabil au o sensibilitate mai mare la durere, au o tendinţă accentuată de a se plânge de afecţiuni minore, cum ar fi răcelile, şi au o probabilitate mai mare decât alţi oameni de a se considera bolnavi.

Majoritatea cazurilor de deranjament stomacal, scria fiziologul Walter Cannon în 1909, sunt „de origine nervoasă” 10. În articolul său „The Influence of Emoţional States on the Functions of the Alimentary Canal” („Influenţa stărilor afective asupra funcţionării tubului digestiv”), Cannon trăgea concluzia că gândurile anxioase au efecte directe – prin intermediul nervilor sistemului nervos simpatic – asupra mişcărilor fizice ale stomacului (adică la nivelul peristaltismului, procesul prin care hrana trece prin sistemul digestiv) şi asupra secreţiilor gastrice. Teoria lui Cannon a fost confirmată de cercetări moderne realizate la centre medicale, care au descoperit că problemele digestive cele mai frecvente sunt provocate de stres: între 42% şi 61% dintre pacienţii cu tulburări digestive funcţionale au şi un diagnostic psihiatric11, cel mai adesea de anxietate sau depresie; un studiu a descoperit o suprapunere de 40% între pacienţii cu tulburare de panică şi tulburări gastrointestinale funcţionale.112

*) o dovadă în plus că o mare parte din problemele

digestive îşi au originea în creier, şi nu în burtă, este faptul că până acum nu s-a demonstrat eficienţa vreunui medicament pentru probleme intestinale asupra simptomelor sindromului de colon iritabil – dar dovezi considerabile indică faptul că anumite medicamente antidepresive pot avea efect. (înainte de anii ’60, una dintre cele mai frecvente reţete pentru SCI era un amestec de morfină şi barbiturice.) Un studiu recent a descoperit că pacienţii cu SCI care au primit injecţii cu Celexa, un antidepresiv ISRS, au raportat o reducere a „hipersensibilităţii organice”.

Michael Gershon, profesor de patologie şi biologie celulară la Universitatea Columbia, afirmă că motivul pentru care antidepresivele reduc simptomele SCI nu este că influenţează neurotransmiţătorii din creier, ci că influenţează neurotransmiţătorii din stomac. (în anii ’30, când s-a descoperit serotonina, a fost numită iniţial enteramină, întrucât există într-o concentraţie ridicată în sistemul digestiv.) Gershon numeşte stomacul „al doilea

„Frica provoacă diaree”, scria Aristotel, „pentru că emoţia face să se ridice temperatura din intestine” 13. Hipocrate atribuia şi problemele digestive, şi anxietatea (ca să nu mai vorbim de hemoroizi şi acnee) unui surplus de bilă neagră. Galenus, medicul din Roma antică, dădea vina pe bila galbenă. „În stomacul oamenilor asaltaţi de frică se revarsă un volum deloc neînsemnat de bilă galbenă”, observa el, „care îi face să simtă că îi roade ceva, iar suferinţa din minte şi roaderea din trup nu dispar până ce nu varsă bila” 14.

Dar abia în 1833, odată cu publicarea monografiei *Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion* (*Experimente şi observaţii asupra sucurilor gastrice şi fiziologiei digestiei*), legătura dintre stările afective şi indigestie a început să fie înţeleasă cu precizie ştiinţifică. La 6 iunie 1822, Alexis St. Martin, un vânător angajat de Compania Americană de Blănuri, a fost împuşcat accidental în stomac de la mică distanţă cu o

puşcă cu alice mari. Era de aşteptat să moară, dar, în grija lui William Beaumont, medic din nordul New York-ului, a supravieţuit, deşi cu o afecţiune neobişnuită: o gaură nevindecată, sau fistulă, în stomac. Beaumont a înţeles că fistula vânătorului constituia o oportunitate remarcabilă de observaţie ştiinţifică: putea să vadă la propriu în stomacul lui St. Martin. În următorii zece ani, Beaumont a realizat numeroase experimente, folosind fistula vânătorului ca fereastră a mecanismului digestiv.

Beaumont a remarcat că stările afective ale lui St. Martin aveau un efect puternic asupra stomacului său, un efect care putea fi observat uşor cu ochiul liber: culoarea mucoasei gastrice a vânătorului se schimba drastic în funcţie de emoţiile lui, asemenea unui inel care-şi schimbă culoarea în funcţie de starea afectivă a persoanei care îl poartă. Uneori mucoasa era de un roşu intens; alteori, ca atunci când St. Martin era anxios, devenea albicioasă.

creier" şi observă că este la fel de probabil ca problemele digestive să constituie cauza anxietăţii, după cum şi invers. „Creierul din burtă trebuie să funcţioneze bine, altfel nimeni nu şi-ar permite deloc să gândească", spune el. „Nimeni nu judecă bine când mintea este preocupată de toaletă".

„M-am folosit de ocazia oferită de circumstanţe care probabil nu se vor mai repeta", scria Beaumont. Dar se înşela. Literatura medicală a înregistrat în următorul secol cel puţin două cazuri ulterioare de cercetări asupra digestiei realizate pe pacienţi cu găuri în stomac. Iar apoi, în 1941, Stewart Wolf şi Harold Wolff, medici la Spitalul New York din Manhattan, l-au descoperit pe Tom.

Într-o zi din 1904, când Tom avea nouă ani, a luat o înghiţitură din ceva ce credea că e bere (din vadra în care tatăl lui ţinea berea), dar s-a dovedit a fi supă de scoici fierbinte. Supa i-a ars tractul digestiv superior, iar el a leşinat. Până când mama lui l-a adus la spital, esofagul i se lipise. Pentru tot restul vieţii, nu a mai putut primi hrană decât printr-o gaură deschisă chirurgical în peretele

stomacului. La exterior, gaura avea de jur-împrejur un segment de mucoasă gastrică. Se hrănea mestecând mâncarea şi apoi înserând-o direct în stomac printr-o pâlnie pusă în gaura din abdomen.

Dr. Wolf şi dr. Wolff au aflat despre Tom în 1941, când acesta, lucrând la sistemul de canalizare, a fost obligat să solicite îngrijiri medicale din cauza unei iritaţii a rănii. Recunoscând ocazia de cercetare pe care o reprezenta afecţiunea lui Tom, medicii l-au angajat ca asistent de laborator şi au realizat numeroase experimente pe el pe parcursul a şapte luni. Rezultatele au fost publicate în cartea lor din 1943, *Human Gastric Function* (*Funcţia gastrică a omului*), un reper al cercetării din domeniul psihosomaticii.

Bazându-se pe descoperirile lui Beaumont, medicii au observat că mucoasa stomacului lui Tom îşi schimba considerabil culoarea în funcţie de nivelul activităţii lui – de la „roşu vag gălbui la roşu aprins”. Nivelurile mai ridicate de activitate digestivă tindeau să fie corelate cu nuanţe mai închise de roşu (indicând un flux mai intens de sânge în stomac), iar nivelurile mai scăzute, printre care cele induse de anxietate, corelau cu nuanţe mai deschise (indicând retragerea fluxului sangvin din stomac).

Medicii au putut să schiţeze corelaţii care fuseseră de mult presupuse, dar care nu au putut fi niciodată demonstrate ştiinţific, într-o după-amiază, un alt medic a dat buzna în laborator, înjurând în barbă şi deschizând şi închizând rapid sertare, căutând documente rătăcite. Tom, a cărui treabă era să facă curăţenie în laborator, s-a alarmat, crezând că o să-şi piardă slujba. Mucoasa gastrică s-a deschis imediat la culoare, scăzând de la 90% pe scala intensităţii roşului la 20%.15 Secreţia de acid a încetat aproape de tot. Când, câteva minute mai târziu, medicul a găsit documentele rătăcite, secreţia de acid s-a reluat şi culoarea a revenit treptat în stomacul lui Tom.

La un anumit nivel, toate astea nu sunt surprinzătoare; toată lumea ştie că anxietatea poate

provoca probleme gastrointestinale. (Prietena mea Ann spune că cel mai eficient regim pe care l-a încercat vreodată a fost Dieta Divorţului Stresant.) Dar *Human Gastric Function* a reprezentat prima carte în care legăturile au fost făcute într-un mod atât de precis şi sistematic. Relaţia dintre starea mentală a lui Tom şi digestia lui nu era vagă şi difuză; stomacul lui era o imagine concretă şi directă a psihologiei lui. Rezumându-şi observaţiile, Wolf şi Wolff au ajuns la concluzia că există o corelaţie inversă semnificativă între ceea ce ei numeau „siguranţă afectivă" şi disconfort digestiv.

Asta este cu siguranţă adevărat în cazul meu. Anxietatea mă face să mă doară stomacul şi să mă stric la burtă. Faptul că mă doare stomacul şi că mă stric la burtă mă face *şi mai* anxios, ceea ce mă face să mă doară stomacul şi mai tare şi mă stric la burtă şi mai rău, aşa că aproape fiecare călătorie la oarece depărtare de casă se desfăşoară la fel: alerg frenetic de la o toaletă la alta, într-un fel de tur de onoare al latrinelor din zonă. De exemplu, nu am amintiri prea vii de când am fost la Vatican sau Coloseum, sau de când am mers cu trenul în Italia. Dar am amintiri mistuitoare cu toaletele publice de la Vatican şi de la Coloseum şi din diferite gări italiene. Într-o zi am vizitat Fontana di Trevi – de fapt, mai degrabă soţia mea şi familia ei au vizitat Fontana di Trevi. Eu am vizitat toaleta unei *gelateria* din apropiere, unde mai mulţi italieni au început să bată nerăbdători la uşă când mi-am instalat tabăra acolo. A doua zi, când familia a mers cu maşina la Pompei, eu am renunţat şi am rămas în pat, reconfortant de aproape de toaletă.

Cu câţiva ani înainte, după căderea Zidului Berlinului şi disoluţia Pactului de la Varşovia, am călătorit în Europa de Est pentru a o vizita pe prietena mea Ann, care era studentă în Polonia. Se afla acolo de şase luni când am ajuns eu; plănuisem şi abandonasem (din cauza anxietăţii) mai multe călătorii, şi numai teama că Ann mă va părăsi în cele din urmă dacă nu mă duceam să mă întâlnesc cu ea la

Varşovia m-a făcut să lupt cu groaza pe care mi-o provoca zborul transatlantic. Aproape pierzându-mi cunoştinţa de cât de sedat eram, am zburat de la Boston la Londra şi de acolo la Varşovia. Cu mintea înceţoşată de sedative, de medicamente antiemetice şi de diferenţa de fus orar, am traversat împleticindu-mă prima noastră zi şi jumătate petrecută împreună. Intestinele mele s-au trezit la viaţă odată cu restul corpului, după ce a trecut efectul Dramaminei şi Xanaxului. Am ajuns să facem turul Europei de Est din toaletă în toaletă. Asta era frustrant pentru ea şi chinuitor pentru mine – fiindcă, printre alte motive, multe toalete publice din Europa de Est erau pe atunci maidegrabă primitive; de multe ori trebuia mai întâi să plăteşti un paznic pentru hârtia igienică aspră, de proastă calitate, pe care o cumpărai pe bucăţele. Până la finalul sejurului renunţasem; Ann se ducea să viziteze oraşele, iar eu mă retrăgeam în camera noastră de hotel, unde măcar nu trebuia să-mi planific în avans drumurile la toaletă.

Pe bună dreptate, Ann a ajuns să fie iritată de toate astea. După ce am fost la casa lui Franz Kafka (care, în paranteză fie spus, suferea de probleme intestinale cronice), în timp ce ne plimbam prin Piaţa Văclav, din Praga, m-am plâns că mă durea burta. Exasperată, Ann nu s-a mai putut abţine. „Poate ar trebui să scrii o dizertaţie despre stomacul tău”, a spus ea, bătându-şi joc de preocuparea mea. Preocupare pe care, după cum poate aţi observat, n-am reuşit să o depăşesc.

Dar e greu să nu fii preocupat de stomacul tău dacă îţi stăpâneşte existenţa. Câteva experienţe dureroase – să-ţi mânjeşti pantalonii în avion, să spunem, sau la o întâlnire – te fac să te concentrezi pătimaş pe tractul tău gastrointestinal. Trebuie să faci eforturi să planifici în funcţie de el – fiindcă nu se întâmplă întotdeauna ca el să-şi facă planuri în funcţie de tine.

Exemplu: în urmă cu 15 ani, când mă documentam pentru prima mea carte, am petrecut o parte din vară la Cape Cod, alături de familia extinsă Kennedy. Într-un

weekend, Bill Clinton, pe atunci preşedinte, care-şi făcea vacanţa la Martha's Vineyard, a trecut pe la Nantucket Sound să-l ia pe Ted Kennedy cu barca. Hyannis Port, unde se află casele de vacanţă ale familiei Kennedy, era plin de funcţionari ai preşedinţiei şi agenţi secreţi. Având timp de pierdut înainte de cină, m-am hotărât să mă plimb prin oraş și să admir priveliştea.

Proastă idee. Aşa cum se întâmplă frecvent în cazul sindromului de colon iritabil, mi s-au desfundat ţevile exact în momentul în care am trecut de Zona cu Toalete Uşor Accesibile. Am luat-o la fugă înapoi spre casa în care stăteam şi de câteva ori am fost convins că nu voi reuşi – cu dinţii încleştaţi, leoarcă de sudoare –, ajunsesem că evaluez potenţialul latrinic al tufişurilor şi magaziilor pe lângă care treceam. Gândul la ce s-ar întâmpla dacă un agent al Serviciilor Secrete ar da de mine ghemuit într-un boschet a conferit eforturilor mele de a mă stăpâni puterea nepământească a panicii.

Când m-am apropiat de intrare, am analizat mental planul casei(*Care dintre numeroasele toalete ale vilei este cea mai apropiată de uşă*? *Reuşesc să ajung la etaj, în camera mea*?) şi, în acelaşi timp, m-am rugat să nu fiu acostat fatal de vreun Kennedy sau de vreo vedetă rătăcită (în acel weekend erau în vizită, printre alţii, Arnold Schwarzenegger, Liza Minnelli şi secretarul marinei).

Din fericire, am ajuns în casă fără să mă oprească nimeni. Apoi am calculat rapid: *Am timp să fac tot drumul până la etaj şi de-a lungul coridorului până la camera mea*? *Sau ar trebui să mă bag în toaleta cea mai apropiată de intrare*? auzind sunete de paşi care veneau de la etaj şi temându-mă de o întâlnire care s-ar fi putut prelungi, am ales a doua variantă şi am zbughit-o în toaleta despărţită de hol de o anticameră şi două uşi. Am gonit prin anticameră şi m-am aruncat pe toaletă.

Uşurarea mea a fost extravagantă şi aproape metafizică.

Dar apoi am tras apa şi… s-a întâmplat ceva. Mă

udam la picioare. M-am uitat în jos şi am văzut îngrozit că de la baza toaletei curgea apă. Părea să fi explodat ceva. Podeaua, pantofii, pantalonii şi chiloţii mei erau leoarcă. Nivelul apei creştea.

Instinctiv, m-am ridicat şi m-am întors. Putea fi oprită inundaţia? Am scos capacul de porţelan de la rezervorul toaletei, împrăştiind florile şi celelalte chestii aşezate pe el, şi am început să meşteresc frenetic la mecanismul dinăuntru. Am încercat orbeşte să ridic asta şi să cobor ailaltă, să trag de o chestie şi să apăs pe alta, pescuind după ceva care ar fi putut să oprească fluxul.

Cumva, de capul ei sau ca efect al eforturilor mele aleatorii, inundaţia s-a potolit şi s-a oprit. Am privit scena. Hainele mele erau fleaşcă şi murdare. La fel şi covoraşul de baie. Fără să mă gândesc, mi-am scos pantalonii şi boxerii, i-am înfăşurat în covorul plin de apă şi le-am băgat pe toate în coşul de gunoi, pe care l-am ascuns în dulapul de sub chiuvetă. *Trebuie să rezolv asta mai târziu*, m-am gândit.

În acest moment nefavorabil a sunat clopoţelul care anunţa cina, semnalând că era timpul să ne adunăm pentru cocktailuri în sufragerie.

Care era fix în dreptul băii.

În care eram eu cu apa de canalizare până la glezne.

Am smuls toate prosoapele de hârtie din suportul de pe perete şi le-am aruncat pe jos ca să absoarbă o parte din apă. M-am pus în patru labe şi, desfăşurând toată rola de hârtie igienică, am început să şterg pe jos. Era ca şi cum aş fi încercat să sec un lac cu un burete de bucătărie.

Ceea ce simţeam atunci nu era, strict vorbind, anxietate; era mai degrabă un sentiment de resemnare că asta a fost, umilirea mea va fi totală. Mă mânjisem, distrusesem sistemul de canalizare al vilei şi era posibil să mă aflu curând pe jumătate dezbrăcat înaintea Dumnezeu ştie câtor membri ai elitei politice şi hollywoodiene.

Auzeam voci care se apropiau. M-am gândit că am două opţiuni. Puteam să rămân pe poziţii în baie, să mă

ascund şi să aştept să se încheie cocktailul şi cina – cu riscul de a trebui să gonesc pe oricine ar începe să bată la uşă –, folosind acest interval pentru a încerca să curăţ mizeria înainte de a mă strecura în dormitorul meu, după ce toată lumea se va fi dus la culcare. Sau puteam încerca să evadez.

Am luat toate prosoapele şi toată hârtia igienică udă şi le-am îndesat în dulap, după care m-am pregătit să scap de acolo. Am recuperat prosopul cel mai puţin mânjit (care era totuşi murdar şi îmbibat de apă) şi mi l-am înfăşurat atent pe talie. Lângă uşă, m-am concentrat să aud voci şi paşi, încercând să evaluez distanţa şi viteza apropierii. Ştiind că nu prea îmi rămânea timp înainte ca toată lumea să se adune în centrul casei, m-am furişat prin anticameră, am grăbit pasul pe hol şi am zbughit-o pe scări. Am ajuns la primul etaj, am luat o curbă în formă de U şi am alergat spre al doilea etaj – unde am dat nas în nas cu John F. Kennedy fr. şi un alt bărbat.

— Salut, Scott, a spus Kennedy.1

— Ăăă, salut, am spus eu, muncindu-mi creierul să găsească o explicaţie plauzibilă pentru faptul că alergam prin casă la ora cocktailului fără pantaloni, transpirat leoarcă, înfăşurat într-un prosop mânjit şi împuţit. Dar el şi prietenul lui nu au părut deloc tulburaţi – ca şi cum musafirii pe jumătate dezbrăcaţi, acoperiţi de propriile excremente, ar fi fost o apariţie obişnuită aici – şi au trecut pe lângă mine pe scări.

M-am grăbit să ajung în camera mea, m-am spălat viguros, m-am schimbat şi am încercat pe cât am putut să-mi vin în fire – ceea ce nu era simplu, dat fiind că transpiram abundent, prin blazer, ca efect al anxietăţii, efortului şi umidităţii de vară.

Dacă ar fi fotografiat cineva scena cocktailului din acea seară, poza ar fi fost aşa: vedete şi politicieni şi preoţi strălucesc cu graţie şi bonomie şi socializează cu uşurinţă pe veranda cu vedere spre Atlantic – şi, puţin într-o parte, un scriitor tânăr şi transpirat bea gin şi apă tonică şi se

gândeşte cât de departe e posibilitatea de a se integra în această mulţime ilustră şi că nu doar că nu este

*) Tocmai îl întâlnisem cu o zi înainte. „Eu sunt John Kennedy”, a spus el întinzându-mi mâna când am făcut cunoştinţă. *Ştiu*, mi-a trecut prin minte în timp ce întindeam şi eu mâna, găsind amuzant că trebuia să pretindă politicos că s-ar putea ca oamenii să nu-i ştie numele, când, de fapt, doar un sihastru sau un marţian nu ar fi ştiut cine e, atât de omniprezentă era faţa lui pe coperta revistelor din toate magazinele.

bogat sau celebru sau împlinit sau prea chipeş, dar nici măcar nu poate să-şi controleze intestinele, fiind aşadar mai potrivit să stea în compania animalelor sau sugarilor decât între adulţi, ca să nu mai vorbim de adulţi atât de luminaţi şi importanţi ca aceştia.

Tânărul scriitor transpirat îşi face griji şi despre ce s-ar întâmpla dacă cineva ar încerca să folosească toaleta din hol.

Târziu în acea noapte, după ce toată lumea s-a dus la culcare, m-am strecurat înapoi în baie cu o pungă de gunoi şi prosoape de hârtie şi detergent pe care le-am furat din debara. Nu am putut să-mi dau seama dacă mai fusese cineva acolo după plecarea mea, dar am încercat să nu mă gândesc la asta şi m-am concentrat să îndes în punga de gunoi covoraşul şi prosoapele şi hainele şi hârtia igienică pe care le băgasem sub chiuvetă. După care am folosit prosoapele de hârtie să curăţ podeaua şi le-am pus şi pe ele în pungă.

Lângă bucătărie, între corpul principal al casei şi o altă clădire, era un tomberon. Planul meu era să arunc totul acolo. Fireşte, mă temeam să nu fiu prins. De ce-ar fi aruncat un musafir o pungă mare de gunoi în toiul nopţii? (Mă îngrijora că s-ar fi putut să fie prin preajmă agenţi ai serviciilor secrete care să mă împuşte înainte de-a apuca să pun în tomberon ceva ce părea o bombă sau un cadavru.) Dar aveam de ales? M-am furişat prin casă şi am ajuns la tomberon, unde am aruncat punga de gunoi. După

care m-am întors în camera mea şi m-am culcat.

Nimeni nu mi-a spus niciodată nimic despre toaleta din hol sau despre covorul şi prosoapele care lipseau. Dar în restul weekendului şi de-a lungul vizitelor mele ulterioare am fost convins că angajaţii casei se holbau la mine şi şușoteau. „El e”, îmi imaginam că spuneau dezgustaţi. „Tipul care a stricat toaleta şi care ne-a distrus prosoapele. Ăla care nu poate să-şi controleze funcţiile corpului”. 1[6]

Majoritatea oamenilor cu afecţiuni ale colonului au un temperament tensionat, sensibil, nervos. Pot să pară calmi, dar în general fierb în interior.

— Walter C. Álvarez, *Nervousness, Indigestion, and Pain* (*Nervozitate, indigestie şi durere*) (1943)

Desigur, ştiu că o asemenea ruşine nu ar trebui să apese asupra a ceea ce este, oficial, o afecţiune medicală. Sindromul de colon iritabil este o problemă gastrointestinală comună, asociată frecvent cu tulburări de dispoziţie şi anxioase, după cum s-a observat încă din Antichitate. În 1943, eminentul gastroenterolog Walter Álvarez a observat în cartea încântător intitulată *Nervousness, Indigestion, and Pain* că nu este mai întemeiat ca o persoană să se simtă ruşinată pentru o burtă afectată de nervozitate decât cineva care s-ar ruşina pentru că a roşit la un compliment sau a plâns la o piesă tristă.17 Nervozitatea şi hipersensibilitatea pe care le provoacă astfel de reacţii fizice, scria Álvarez, sunt asociate cu trăsături de personalitate care, dacă „sunt folosite şi controlate în mod adecvat”, pot „contribui în mare măsură la reuşita omului” 118.

controlul asupra intestinelor. De atunci nu a mai putut să călătorească niciodată mai mult de 15 km de casă

---

6 Oricât de rău par uneori să stea lucrurile cu burta mea agorafobică, pentru alții e și mai rău. Un studiu de caz16 dintre cele mai alarmante peste care am dat era un bărbat de 45 de ani care s-a prezentat în 2007 la un spital de boli psihice din Kalamazoo, Michigan. Suferea de anxietate acută de călătorii de 20 de ani, de când un atac de panică îl făcuse să vomite și să-și piardă

fără să aibă vărsături şi diaree incontrolabilă. Clinicienii au determinat zona lui de confort în funcţie de simptome: cu cât se îndepărta mai mult de casă, cu atât erupţiile erau mai spectaculoase. Reacţiile lui gastrointestinale erau atât de violente, încât de câteva ori a trebuit să fie dus la urgenţă pentru că vomita sânge. După ce medicii au exclus riscul de ulcer şi cancer la stomac, a fost trimis în cele din urmă la o clinică de psihologie, unde, după cum mi-a spus terapeutul lui pe care l-am întâlnit în 2008 la o conferinţă, a fost tratat cu succes printr-o combinaţie de terapie prin expunere şi terapie cognitiv-comportamentală.

*) Álvarez a observat că sursa cea mai frecventă a disconfortului intestinal cronic al pacienţilor consta în „provocările vieţii moderne”: „Specialistul în tulburări gastrointestinale trebuie să fie un fel de psihiatru” 19, scria el. „Trebuie să petreacă ore întregi în fiecare săptămână încercând să înveţe persoanele nevrotice să ducă o viaţă mai raţională”.

O tânără a fost trimisă la Álvarez după ce a vomitat „zi şi noapte o săptămână întreagă” 20. Când a aflat că ea primise recent o scrisoare ameninţătoare de la fisc, a tratat pacienta plătindu-i taxele restante – s-a dovedit că nu datora decât 3, 85 $ –, iar ea s-a vindecat instantaneu. Un alt pacient, pe care Álvarez

O burtă sensibilă la agitaţie este îndeajuns de rea – dar mai rău pentru mine este că burta mea sensibilă mă face să fiu agitat. Asta e infernal la faptul de a fi un emetofob anxios: propria durere de burtă este adesea ea însăşi cea mai acută sursă a fricii. De fiecare dată când te doare burta îţi faci griji că s-ar putea să vomiţi. Aşa că anxietatea face să te doară burta, iar durerea de burtă te face anxios – ceea ce face ca burta să te doară şi mai tare, ceea ce te face şi mai anxios şi aşa mai departe, într-un cerc vicios care se transformă rapid în panică. Viaţa emetofobilor este în general construită în jurul fobiei lor – unii nu au muncit sau nu au ieşit din casă ani în şir din cauza fricii lor şi nu pot să suporte nici măcar să rostească

sau scrie „vomă” sau cuvinte înrudite. (Comunităţile Online de emetofobi au de obicei reguli care impun ca astfel de cuvinte să fie scrise, de exemplu, ca „v**”.)

Până recent, emetofobia figura rar în literatura clinică. Dar apariţia internetului a reprezentat mijlocul prin care emetofobii s-au putut găsi unii pe alţii, mulţi dintre ei crezând până atunci că sunt singurii care suferă de aşa ceva? S-au dezvoltat comunităţi online şi grupuri de sprijin. Apariţia acestor comunităţi virtuale, l-a descris ca „tipul de agent de vânzări tensionat, stresat” 21, a venit la el pentru că îi plăcea să joace poker, dar nu putea: dacă avea o mână bună „i se făcea greaţă şi îl lua cu frig” şi se înroşea la faţă. Îi era imposibil să blufeze, pentru că, de câte ori primea un full house sau o mână mai bună, imediat trebuia să se ducă să vomite. Dar „cea mai crudă farsă a naturii” 22 pe care Álvarez a văzut-o vreodată era modul în care burta stricată poate distruge viaţa amoroasă a persoanelor anxioase. A tratat o femeie care avea crampe stomacale şi trebuia să defecheze ori de câte ori o atingea un bărbat, o alta care râgâia incontrolabil de câte ori o întâlnire ajungea să fie intimă şi multe altele care trăgeau vânturi sau vomitau în momente romantice. (în memoriile sale, legendarul amant Casanova povesteşte despre escapada lui cu o femeie care, atunci când se excita sexual, elimina un volum considerabil de gaze.) Álvarez a tratat de asemenea „câţiva bărbaţi de care soţiile lor furioase divorţaseră pentru că aceştia trebuiau să se oprească şi să dea fuga la toaletă ori de câte ori erau excitaţi sexual”.

9 Dintre celebrităţile care au mărturisit că sunt emetofobe fac parte actriţa Nicole Kidman, muziciana Joan Baez şi Matt Lauer, gazda emisiunii *Today*. dintre care unele sunt destul de mari (o estimare indică faptul că forumul Societăţii Internaţionale de Emetofobie are de cinci ori mai mulţi membri decât cel mai mare forum centrat pe fobia de zbor cu avionul), a intrat în atenţia cercetătorilor anxietăţii, care au început să studieze mai

sistematic această fobie.

La fel ca toate tulburările anxioase, manifestările emetofobiei includ niveluri ridicate de activare fiziologică, comportamente de evitare (şi ceea ce experţii numesc comportamente de siguranţă sau de neutralizare, prin care înţeleg lucrurile pe care le fac eu: am tot timpul la mine, pentru cazuri de urgenţă, pastile de burtă şi împotriva anxietăţii), tulburări de atenţie (ceea ce înseamnă că, în prezenţa unui stimul fobie, cum ar fi un virus care circulă la birou sau în familie, nu prea ne putem concentra la altceva) şi, în general, probleme cu stima de sine şi autoeficacitatea. Noi, emetofobii, tindem să avem o părere proastă despre noi înşine, să credem că nu reuşim să facem faţă lumii şi, în special, să ne confruntăm cu ceva ce pare atât de catastrofal ca vomitatul?

După cum am văzut, şi pacienţii cu tulburare de panică, şi pacienţii cu sindrom de colon iritabil (care în mare sunt *aceiaşi* pacienţi) au ceea ce specialiştii numesc „vulnerabilitate ridicată de somatizare" (adică tendinţa de a transforma suferinţa afectivă în simptome fizice) şi „bias cognitiv de identificare şi interpretare a simptomelor fizice" (adică sunt conştienţi de cele mai mici modificări ale fiziologiei lor şi au predispoziţia de a interpreta aceste simptome într-un mod catastrofal, de tipul cel-mai-rău-scenariu-posibil). Dar, în timp ce principala preocupare a majorităţii pacienţilor cu tulburare de panică tinde să fie că simptomele fizice provocate de panică anunţă un atac de cord sau sufocare sau nebunie sau moarte, emetofobii se tem că simptomele prevestesc vărsături iminente (şi, de asemenea, nebunie şi moarte). Şi, în timp ce fricile pacienţilor cu tulburare de panică sunt, cu excepţia cazurilor de moarte provocată de stop cardiac indus de anxietate, extrem de improbabile, emetofobii pot în mare măsură să

9 Conform informaţiilor oferite de unele cercetări recente, emetofobii au de asemenea tendinţa să fie „foarte sensibili la opiniile celorlalţi". provoace, prin simptomele

lor de anxietate, însuşi lucrul de care se tem cel mai tare. Ceea ce, bineînţeles, este încă un motiv de a le fi tot timpul frică de frică. E de mirare că uneori am senzaţia că creierul meu se întoarce pe dos?

Psihologii au dezvoltat câteva scale standardizate pentru evaluarea autocontrolului compulsiv – există, de exemplu, Rotter's Locus of Control Scale (Scala Rotter a Locusului de Control) şi Health Locus of Control Scale (Scala Locusului de Control al Sănătăţii). Faptul că anxietatea şi depresia sunt strâns legate nu numai de problemele de stimă de sine, ci şi de control (pacienţii cu tulburare de anxietate au deopotrivă tendinţa de a simţi că nu prea au control asupra propriei vieţi şi de a se teme că pierd controlul asupra propriului corp şi propriei minţi), a fost ferm stabilit de generaţii întregi de cercetători – dar această conexiune tinde să fie deosebit de pronunţată la oamenii cu emetofobie. Un studiu23 publicat în *Journal of Clinical Psychology* afirma că „emetofobii par să nu aibă deloc capacitatea de a nega dorinţa insaţiabilă de menţinere a controlului" 1.

*) Mă întâlneam la un moment dat cu o femeie a cărei mătuşă era de zeci de ani o bulimică în toată puterea cuvântului. Din copilărie până pe la 30 şi ceva de ani, mătuşa prietenei mele îşi provoca vărsături după majoritatea meselor. Pentru mine, asta era la fel de fascinant pe cât era de neimaginat. *Cineva poate să-şi provoace vărsături*? Aflasem despre anorexie şi bulimie încă din liceu, când mă uitam la emisiunile de la televizor de după şcoală, dar, din câte ştiam, nu întâlnisem niciodată pe nimeni care să fi regurgitat voluntar în mod regulat. Întreaga mea viaţă era centrată pe efortul de a *nu* vomita – şi exista cineva care *alegea* să vomite tot timpul? Bine, era o persoană cu o tulburare mintală, uşor de diagnosticat conform *DSM*: „Bulimie: ingerare într-o anumită perioadă de timp a unei cantităţi de alimente care depăşeşte cu mult cantitatea pe care majoritatea indivizilor ar consuma-o în aceeaşi perioadă de timp şi în aceleaşi circumstanţe, [la

care se adaugă] comportamente compensatorii inadecvate de a preveni creşterea în greutate [cum ar fi] I. Provocarea vărsăturilor". Dar, potrivit aceleiaşi autorităţi, nu eram, la rândul meu, bolnav? „Fobie: A. Frică sau anxietate marcată, excesivă sau nerezonabilă, provocată de prezenţa sau anticiparea unui obiect sau a unei situaţii particulare. B. Expunerea la stimulul fobie provoacă aproape întotdeauna o reacţie

Dr. W. a indicat ceea ce el consideră a fi evidentul simbolism multifaţetat al emetofobiei mele. Faptul de a vomita reprezintă pierderea controlului şi, totodată, frica mea de a lăsa ceea ce se află înăuntru să iasă în afară, de a dezvălui ce este în mine. Mai presus de toate, spune el, reprezintă frica mea de moarte. Vărsăturile – şi în general burta mea nesupusă şi agitată – constituie dovezi de netăgăduit ale corporalităţii mele – şi, în consecinţă, ale mortalităţii mele.1

Într-o zi o să vomit; într-o zi o să mor.

Greşesc dacă trăiesc tremurând de groază pentru amândouă?[7]

Consider că tărtăcuţa şi stomacul sunt puteri antagoniste. Nu pot să spun ce are de-a face gândirea cu digerarea fripturii de vită, dar sunt facultăţi înfrăţite.

— Charles Darwin către sora lui, Caroline (1838)

7i mediată de anxietate care poate lua forma unui atac de panică previzibil sau imprevizibil."

Chiar și atunci, mi-am dat seama că tulburările noastre se anulau în mod bizar una pe cealaltă. Dacă îmi puteam face propria minte să accepte ideea că unii oameni aleg să vomite pentru a se simți mai bine, reușeam oare astfel să accept că vărsăturile nu sunt atât de catastrofale? Și dacă bulimicii pot asimila o parte din aversiunea mea îngrozită față de vărsături, n-ar putea asta să contribuie la decondiționarea lor?

O propunere modestă: de ce să nu fie internați împreună bulimici și eme- tofobi, în speranța că se vor modela reciproc și vor scăpa de patologiile lor? Emetofobii, privindu-i pe bulimici cum își provoacă vărsături în mod obișnuit, vor învăța că nu e mare lucru să vomiți; bulimicii, văzând teroarea și dezgustul emetofobilor, pot fi condiționați să evite o astfel de regurgitare obișnuită.

Încerc să mă consolez ştiind că nu sunt deloc singurul cu o minte şi o burtă pe care anxietatea le tulbură cu atâta uşurinţă. Încă din vremea lui Aristotel s-a observat că dispepsia nervoasă şi realizările intelectuale merg adesea mână în mână. Călătoria lui Sigmund Freud în SUA din 1909, care a reprezentat introducerea psihanalizei în această ţară, a fost stricată (după cum se va plânge adesea mai târziu) de tulburări intestinale şi crize de diaree. Numeroase scrisori dintre William şi Henry James, amândoi nevrotici de primă mână, constau în principal în schimbul de diverse remedii pentru problemele digestive.

Dar în privinţa nemulţumirilor provocate de tulburările intestinale, nimic nu se compară cu ceea ce îl afecta pe bietul Charles Darwin, pe care burta lui deranjată l-a ţinut la pat zeci de ani.

În 1865 i-a trimis o scrisoare disperată unui medic pe nume John Chapman, enumerând simptomele care îl bântuiau de aproape 30 de ani:

56 – 57 de ani.

— Timp de 25 de ani, flatulenţă spasmodică extremă în fiecare zi şi în fiecare noapte: vărsături ocazionale, de două ori prelungite luni în şir. Vărsăturile sunt precedate de tremor, plâns isteric [, senzaţia că urmează să mor sau să leşin. Şi un volum mare de urină de culoare foarte

---

Și, oricum, nu ne temem noi, bulimici și emetofobi deopotrivă, de același lucru: pierderea controlului? Anorexicii nu se tem atât de faptul de a fi grași - cât de a simți că pierd controlul, sentiment ținut în mod pervers la distanță cu ajutorul vărsăturilor. Consumă alimente compulsiv, după care, simțind că nu-și pot controla apetitul, încearcă să-și exercite dominația asupra propriului corp vomitând. Dar, blocați în acest ciclu de mâncat compulsiv și vărsături, de fapt nu au nici un fel de control.

9 După cum spune medicul și filozoful britanic Raymond Tallis: „Un leac sigur pentru [...] orice atitudine subiectivă sau filozofică asupra propriului corp [...] este faptul de a vomita. [...] Corpul pune întru totul stăpânire pe tine. [...] E un fel de teroare în faptul de a vomita: ni se amintește energic că suntem întrupați într-un organism care-și urmează propria agendă“24.

deschisă, în prezent vărsături şi fiecare flatulenţă este precedată de ţiuit în urechi, euforie şi halucinaţii. […] Nervozitate când E [mâna Darwin, soţia lui] pleacă de lângă mine.25

Chiar şi această listă este incompletă. La insistenţa unui alt medic, Darwin a ţinut un „Jurnal de sănătate” 26 de la 1 iulie 1849 la 16 ianuarie 1855, care a ajuns să aibă zeci de pagini şi în care apăreau plângeri ca oboseală cronică, durere abdominală severă şi flatulenţă, vărsături frecvente, ameţeală („am senzaţia că mi se învârte capul”, descria Darwin), tremor, insomnie, iritaţii, eczeme, furuncule, palpitaţii şi durere, melancolie.

Darwin era nemulţumit că zeci de medici, începând cu tatăl lui, nu reuşiseră să-l vindece. Până în momentul în care îi scria dr. Chapman, Darwin petrecuse cea mai mare parte a ultimilor 30 de ani – timp în care se străduise eroic să scrie *Originea speciilor* – fără să poată ieşi din casă din cauza stării generale de invaliditate. Pe baza jurnalelor şi scrisorilor sale, se poate spune că a petrecut o treime din orele din timpul zilei, începând de la 28 de ani, fie vomitând, fie zăcând în pat.

Chapman tratase mulţi intelectuali victorieni eminenţi care fuseseră la un moment dat „doborâţi” 27 de anxietate; se specializase în tratarea nevroticilor tensionaţi, după cum spunea el, „a căror minte este foarte cultivată şi dezvoltată, şi adesea complicată, modificată şi dominată de influenţe psihice subtile, ale căror intensitate şi rol în declanşarea maladiei fizice sunt dificil de evaluat”. Recomanda comprese cu gheaţă pe coloana vertebrală pentru aproape toate bolile de origine nervoasă.

Chapman a venit la reşedinţa de la ţară a lui Darwin la sfârşitul lui mai 1865, iar în următoarele câteva luni Darwin a petrecut mai multe ore pe zi învelit în gheaţă; a scris secţiuni esenţiale din *Variaţia animalelor şi plantelor sub influenţa domesticirii* cu pungi de gheaţă pe coloană.

Tratamentul nu a funcţionat. „Vărsăturile neîncetate” au continuat. Aşa că, deşi lui Darwin şi familiei sale le

plăcea compania dr. Chapman („Ne plăcea dr. Chapman atât de mult, încât ne-a părut rău, şi pentru el, şi pentru noi, că nu a funcţionat tratamentul cu gheaţă” 28, scria soţia lui Darwin), în iulie au abandonat tratamentul şi l-au trimis pe medic înapoi la Londra.

Chapman nu a fost primul medic care nu a reuşit să-l trateze pe Darwin, şi nici ultimul. Citind jurnalele şi corespondenţa lui Darwin, eşti uimit de debilitarea mai mult sau mai puţin constantă pe care a îndurat-o după ce s-a întors în 1836 din faimoasa călătorie pe *Beagle*. Dezbaterea medicală despre ce anume îl afecta pe Darwin s-a desfăşurat timp de 150 de ani. Este lungă lista propusă în timpul vieţii lui şi după ce a murit: amibiază, apendicită, ulcer duodenal, ulcer peptic, migrene, colecistită cronică, „hepatită lentă”, malarie, dispepsie cataralâ, intoxicare cu arsenic, porfirie, narcolepsie, „hiperinsulinism diabetogen”, gută, „gută suprimată” 1, bruceloză cronică (epidemică în Argentina, unde fusese *Beagle*), boala Chagas (contractată probabil în Argentina printr-o muşcătură de insectă), reacţii alergice la porumbeii cu care lucra, complicaţii provocate de răul de mare prelungit pe care l-a resimţit la bordul vasului *Beagle* şi „anomalie refractivă a ochilor”. Tocmai am citit un articol, „Darwin’s Illness Revealed” 30 („Boala lui Darwin dezvăluită”), publicat în 2005 într-o revistă ştiinţifică britanică, care atribuia afecţiunile lui Darwin intoleranţei la lactoză.11

Însă o privire atentă asupra vieţii lui Darwin indică faptul că anxietatea era factorul declanşator în fiecare criză din cele mai acute accese ale bolii. Conform lui Ralph Colp, psihiatru şi istoric care a studiat în anii ’70 toate jurnalele, scrisorile şi rapoartele medicale ale lui Darwin, cele mai rele perioade ale bolii corespundeau stresului legat fie de munca lui la teoria evoluţiei, fie de familie. (Apropierea căsătoriei lui a provocat „o severă durere de cap care a durat două zile şi două nopţi, încât am ajuns să mă întreb dacă avea de gând să mă lase vreodată să mă însor” 31.) într-un articol din 1997 din *The Journal of the*

American Medical Association cu titlul „Charles Darwin and Panic Disorder” 32 („Charles Darwin şi tulburarea de panică”), doi medici susţin că, potrivit propriilor lui expuneri ale simptomelor, Darwin se încadra cu uşurinţă în diagnosticul din *DSM-IV* de tulburare de panică cu agorafobie, din moment ce prezenta nouă dintre cele 13 simptome asociate acesteia. (Este necesar ca doar patru simptome să fie prezente pentru a se pune acest diagnostic.) 1”.

„Ce naiba e această «gută suprimată» pe seama căreia pun medicii toate le bolile care nu au o denumire?”, îi scria lui Darwin prietenul său Joseph Hooker, când a aflat despre acest diagnostic. „Dacă este *suprimată*, de unde ştiu ei că e gută? Şi dacă e evidentă, de ce naiba îi spun *suprimată*?” *19*

”) Autorii, doi biochimişti din Ţara Galilor, au studiat jurnalele lui Darwin pentru a corela regimul lui alimentar şi crizele sale intestinale.

hi) în 1918, Edward J. Kempf, unul dintre primii psihanalişti americani, a sugerat în *The Psychoanalytic Review* că tremorul şi eczemele care afectau

Călătoria pe *Beagle*, care a durat patru ani şi nouă luni, a fost o experienţă fundamentală care l-a determinat pe Darwin să-şi dezvolte munca ştiinţifică? Lunile petrecute în port, înainte de plecarea în larg, au fost, după cum va scrie Darwin la bătrâneţe, „cele mai nefericite din viaţa mea” 35 – iar asta înseamnă ceva, dată fiind groaznica suferinţă fizică pe care a îndurat-o mai târziu.

„Mă întrista gândul că voi fi departe de familie şi de prieteni atâta timp, iar vremea mi se părea nespus de mohorâtă” 36, îşi amintea el. „Mă îngrijorau şi nişte palpitaţii şi dureri în zona inimii şi, precum mulţi alţi tineri ignoranţi, mai ales din aceia cu o spoială de cunoştinţe medicale, eram convins că am o boală de inimă”. Suferea şi de ameţeli şi furnicături ale degetelor. Toate astea sunt simptome de anxietate – şi mai ales de hiperventilaţie asociată cu tulburarea de panică.

Darwin s-a forţat să-şi depăşească starea de descurajare şi să se îmbarce pe vas şi, deşi era afectat deopotrivă de claustrofobie (care îl făcea să se „teamă continuu”) şi de un cumplit rău de mare, a avut o stare bună de sănătate în cea mai mare parte a drumului şi a putut să strângă dovezile pe baza cărora şi-a construit reputaţia şi munca vieţii lui. Dar după ce *Beagle* a acostat în Falmouth, Marea Britanie, la 2 octombrie 1836, Darwin nu a mai călcat niciodată dincolo de graniţele ţării. După aproape cinci ani de călătorii, şi-a restrâns tot mai mult cercul deplasărilor. „Mi-e groază mâinile lui Darwin erau dovezi de „mâini nevrotice” 33 – ceea ce, trăgea concluzia Kempf, „ne face pe bună dreptate să bănuim o dificultate autoerotică nestăpânită pe deplin”. Explicaţii psihologice mai puţin bizare care au fost riscate de atunci încoace includ ipohondria, depresia, sentimente refulate de vinovăţie pentru ostilitatea faţă de propriul tată, „caracter obsesiv cu o severă nevroză de angoasă, complicat fără îndoială de geniu” şi „sindromul doliului” provocat de pierderea timpurie a mamei sale. (Creaţionişţii s-au agăţat de toate acestea cu aplomb zelos, sugerând într-un articol pseudoştiinţific34 peste care am dat că dovada bolii mintale sugerează că Darwin era „psihotic” şi deci teoria evoluţiei nu era decât un produs al delirului.)

9 Descoperind mai multe specii de cinteze în Insulele Galápagos, Darwin a ajuns să înţeleagă faptul că speciile nu rămân neschimbate, ci se transformă – sau, cum va spune el mai târziu, evoluează – în timp. să mă duc oriunde din cauza stomacului meu pe care îl deranjează orice agitaţie” 37, i-a spus vărului său.

Este remarcabil că *Originea speciilor* a putut fi scrisă. Curând după căsătorie, când Darwin a început să se aplece serios asupra muncii lui despre evoluţie, a suferit primul dintre numeroasele lui episoade de „vărsături periodice”, perioade în care vomita de mai multe ori pe zi şi în care era ţintuit la pat săptămâni – sau, în câteva cazuri, ani – întregi. Agitaţia sau socializarea de orice fel îl

puteau face să se simtă foarte rău fizic. Petrecerile sau întâlnirile îl lăsau „doborât” de anxietate, provocându-i „crize violente, cu frisoane şi vomă”. („De aceea, timp de mulţi ani am renunţat la orice fel de mese festive” 38, scria el.) A instalat o oglindă la fereastra biroului său prin care putea să vadă sosirea musafirilor înainte ca ei să-l vadă pe el, câştigând timp să se pregătească sau să se ascundă.39

Pe lângă tratamentul cu gheaţă al dr. Chapman, Darwin a încercat „tratamentul cu apă” al celebrului dr. James Gully (care i-a tratat cam în aceeaşi perioadă şi pe Alfred Tennyson, Thomas Carlyle şi Charles Dickens), exerciţii fizice, regim alimentar fără zahăr, coniac şi „bere indiană”, preparate chimice (nenumărate), plăci de metal aplicate pe corp cu scopul de a-i galvaniza organele, „lanţuri electrice” (din sârmă de cupru şi zinc) care aveau scopul de a-l electriza şi oţet aplicat pe piele.40 Ca urmare a efectului placebo, a distragerii sau unei eficienţe reale, unele dintre acestea funcţionau o perioadă. Dar boala se întorcea întotdeauna. O vizită de o zi la Londra sau orice perturbare minoră a rutinei lui bine rânduite îi provoca „o formă foarte rea de vărsături” 41 care îl ţinea la pat zile sau săptămâni. Orice muncă, mai ales la *Origine* – „volumul meu abominabil”, după cum îl numea Darwin –, îl putea face să zacă luni de zile. „Mi-a fost rău şi am avut două zile de vărsături grave din cauza blestematelor de corecturi” 42, îi scria unui prieten la începutul anului 1859, când trecea peste şpalturile tipografului. A instalat un lavoar în biroul său, unde putea să vomite în spatele unei draperii. A terminat de corectat, printre crize de vărsături, la 1 octombrie 1859, încheind o perioadă de 15 luni în care de-abia fusese capabil să lucreze fără disconfort intestinal mai mult de 20 de minute la rând.

Când *Originea speciilor*, a cărei gestaţie a durat mai bine de 20 de ani, a fost în sfârşit publicată în noiembrie 1859, Darwin era în pat, într-o staţiune balneară din Yorkshire, cu intestinele la fel de tumultuoase ca întotdeauna şi cu pielea arzând. „Mi-a fost foarte rău în

ultima vreme” 43, scria el. „Am avut o «criză» groaznică – mi s-a umflat un picior de parcă aş fi avut elefantiazis –, ochii-mi erau aproape închişi – eram acoperit de o eczemă şi de furuncule usturătoare, […] era ca şi cum aş fi trăit în Iad. ui

Starea de sănătate a lui Darwin a continuat să fie proastă chiar şi după publicarea cărţii. „Voi intra în mormânt, bănuiesc, cu văicăreli şi lamentări din cauza neplăcerilor zilnice, aproape din oră în oră”, scria el în 1860. Cei care susţin că Darwin suferea de vreo boală structurală sau provocată de microbi indică severitatea şi durata simptomelor lui. („Trebuie să-ţi spun cât de rău i-a fost lui Charles” 45, îi scria soţia lui în mai 1864 unui prieten de familie. „A avut vărsături aproape zilnic timp de şase luni.”) Contraargumentul e următorul: când Darwin nu lucra şi când se ducea să călărească sau să se plimbe prin munţii scoţieni sau în nordul Ţării Galilor, starea lui de sănătate se îmbunătăţea.

Charles este prea predispus la anxietate, după cum ştii.

— Emma Darwin către un prieten (1851)

Cred că poţi să înţelegi de ce par excesiv de preocupat de burta lui Darwin. Pare deopotrivă întemeiat şi ironic faptul că omul responsabil de lansarea studiului modern al fricii – şi de identificarea acesteia ca emoţie cu efecte fiziologice concrete, în special

9 Unul dintre biografii lui Darwin, psihanalistul britanic John Bowlby, a scris în anii ’80 că tipul de erupţii de furuncule şi eczeme pe care l-a îndurat Darwin era considerat de dermatologi a fi asociat cu oamenii care „se străduiesc să-şi reprime sentimentele şi care au tendinţa de a avea o stimă de sine redusă şi de a se suprasolicita” 44. Bowlby, asemenea altor biografi, a observat şi că orice stres sau „amplificare a nivelului de activare, oricât de mică”, îi provoca lui Darwin simptome fizice.

gastrointestinale – era el însuşi afectat într-un mod atât de nefericit de intestine sensibile.

Mai există apoi chestiunea dependenţei excesive de soţia lui, Emma. „Fără tine, când mi-e rău mă simt întru totul dezolat” 46, îi scria la un moment dat. „O, mami, cât tânjesc să fiu cu tine şi să mă aflu sub protecţia ta, unde mă simt în siguranţă” 47, a scris altă dată.

Mami? Nu e de mirare că unii freudieni au susţinut mai târziu că Darwin avea şi probleme de dependenţă, şi probleme oedipiene. Presupun că aici e locul potrivit să spun – pornind de la faptul că mă bazez enorm pe soţia mea şi, înainte de ea, mă bazam astfel pe părinţii mei – că dr. W. mi-a pus diagnosticul de tulburare de personalitate dependentă, caracterizată, conform *DSM-V*, de dependenţă psihologică excesivă de alţi oameni (cel mai frecvent de un partener sau de un îngrijitor) şi de convingerea persoanei respective că este inadecvată şi incapabilă să se descurce singură.

În cele din urmă, mai există, desigur, şi problema deceniilor de vărsături neîncetate ale lui Darwin. Pentru un emetofob ca mine, asta stârneşte o fascinaţie morbidă. Anxietatea lui provoca vărsături, însă vărsăturile nu provocau (sau nu pare să fi provocat) o amplificare a anxietăţii. Mai mult, Darwin a trăit, în ciuda anilor lui de vărsături, până la 73 de ani, vârstă înaintată pentru acea perioadă. Nu ar trebui oare ca realizările lui Darwin în ciuda unei afecţiuni gastrointestinale atât de debilitante să îmi ofere asigurări că, să spunem, dacă aş vomita o singură dată, sau chiar de cinci ori, sau chiar de cinci ori pe zi – sau, asemenea lui Darwin, de cinci ori pe zi ani la rând – s-ar putea nu numai să supravieţuiesc, ci şi chiar să continui să fiu productiv?

Dacă nu eşti emetofob, cu siguranţă că întrebarea asta pare incredibil de ciudată – adevărată dovadă a obsesiei iraţionale din inima tulburării mele mintale. Şi ai dreptate. Dar dacă *eşti* emetofob – ei bine, atunci ştii exact despre ce vorbesc.

CAPITOLUL 4
Anxietatea de performanţă

Multe efecte deplorabile a provocat această frică oamenilor, printre care roşeaţa pielii, paloarea, tremurul, transpiraţia; ea face corpul să se răcească brusc, şi în clipa următoare fierbinţeala îl copleşeşte cu totul, palpitaţii, leşinuri etc. *Ea lasă muţi de uimire mulţi semeni care nu mai pot să vorbească sau să îşi spună părerile în faţa unei adunări publice sau a unor personaje importante, după cum mărturisea Cicero însuşi, recunoscând că el îşi stăpânea cu greu tremurul corpului la începutul unui discurs. l-ar Demostene, marele oratorul Greciei, a simţit aceleaşi lucruri când s-a aflat în faţa lui Filip al II-lea.*

— Robert Burton, Anatomia *melancoliei* (1621) a

Orice discurs public este caracterizat de neliniște.

— Cicero (secolul I.î.Hr.)

Am găsit în sfârşit un regim prediscurs care mă ajută să evit săptămânile de nefericire anticipativă de pe care le-ar aduce altfel apropierea unui angajament de a vorbi în public.

Să spunem că vorbesc la un eveniment public. Iată cam ce am făcut ca să mă pregătesc. Acum vreo patru ore am luat prima jumătate de miligram de Xanax. (Am aflat că, dacă aştept prea mult, sistemul meu nervos simpatic e atât de surescitat, încât medicamentele nu-l mai pot linişti.) Apoi, acum o oră, am luat a doua jumătate de miligram de Xanax şi poate 20 de miligrame de Inderal. (Am nevoie de un miligram de Xanax, plus Inderal, un medicament pentru tensiune arterială, sau betablocant care reduce a) Vezi Robert Burton, *Anatomia melancoliei*, trad. rom. cât., p. 66 (n.tr.). intensitatea răspunsului sistemului nervos simpatic, pentru a nu fi copleşit de reacţiile mele fiziologice provocate de stimulul anxios reprezentat de faptul de a sta în faţa ta – transpiraţia, tremorul, greaţa, râgâiala, crampele stomacale şi senzaţia de apăsare din gât şi din piept.) Cel mai probabil am dat pastilele astea pe gât cu un shot de scotch sau, mai degrabă, de vodcă. Nici măcar două Xanaxuri şi un Inderal nu reuşesc să-mi calmeze gândurile care-mi zboară prin

minte şi să-mi relaxeze pieptul şi gâtul, care sunt atât de încordate, încât nu mai pot să vorbesc; am nevoie ca alcoolul să încetinească lucrurile şi să reducă erupţiile fiziologice reziduale pe care medicamentele nu le pot controla. De fapt, probabil că am mai luat un shot – da, chiar dacă îţi vorbesc, să spunem, la nouă dimineaţa – acum vreo 15 – 30 de minute, asta în cazul în care formalităţile de dinaintea discursului mi-au lăsat un moment în care să mă pitesc să trag o duşcă. Şi, în funcţie de cât de intimidant anticipez că eşti tu ca auditor, s-ar putea să fi făcut shotul ăla dublu sau triplu. Dacă lucrurile urmează tiparul obişnuit, în momentul în care îţi vorbesc am într-un buzunar nişte Xanax (în caz că am nevoie să mai înghit unul înainte de a fi prezentat) şi o sticluţă sau două de vodcă în celălalt. S-a întâmplat să mai iau o înghiţitură discretă în ultimul moment, în timp ce intram pe scenă – pentru că anxietatea încă mă face să-mi doresc să beau mai mult, inhibiţia mi-a fost redusă şi judecata mi-a fost afectată de băutura şi de benzodiazepinele pe care le-am consumat deja. Dacă am reuşit să potrivesc lucrurile – dacă am ajuns la combinaţia perfectă de sincronizare şi dozaj care face ca sedarea cognitivă şi psihomotorie provocată de medicamente şi alcool să fie în echilibru cu hiperactivarea fiziologică a anxietăţii –, atunci cel mai probabil mă descurc bine: agitat, dar nu jalnic; puţin ameţit, dar capabil încă să fiu clar; efectele anxiogene ale acestei situaţii (în care eu vorbesc în faţa unor oameni) sunt contracarate de efectele anxiolitice a ceea ce am consumat? Dar, dacă am exagerat cu

9 împreună, alcoolul şi benzodiazepinele reduc nivelul de activare a neuronilor din amidgală, fac mai rapidă transmiterea dopaminei şi acidului gama-aminobutiric, amplifică secreţia de beta-endorfine din hipotalamus şi substanţele – prea mult Xanax sau prea mult alcool s-ar putea să par aiurit sau poticnit sau afectat în vreun alt mod. Şi dacă nu am consumat suficient? Ei bine, atunci fie mă simt infect şi transpir abundent, vocea

îmi tremură nevolnic şi nu mă pot concentra, fie, mai probabil, voi fi fugit de pe scenă înainte să fi ajuns aici.

Ştiu. Nu e sănătoasă metoda mea de a face faţă anxietăţii de a vorbi în public. E o dovadă de alcoolism; e periculoasă. Dar funcţionează. Numai atunci când sunt sedat până aproape de amorţeală de o combinaţie de benzodiazepine şi alcool mă simt (relativ) încrezător în capacitatea mea de a vorbi în public într-un mod eficient şi fără o mare apăsare. Atâta timp cât ştiu că am acces la Xanax şi alcool, sufăr doar de o anxietate moderată câteva zile înaintea unui discurs, şi nu de o groază infectă şi insomniacă care durează luni întregi.

Automedicaţia, uneori primejdioasă, este o modalitate tradiţională de a evita anxietatea de performanţă. William Gladstone, mult timp prim-ministru al Marii Britanii, a început de la 30 de ani să ia laudanum – opiu dizolvat în alcool – când îşi bea cafeaua înaintea discursurilor din Parlament.1 (O dată a luat accidental o supradoză şi a trebuit să se recupereze într-un sanatoriu.) William Wilberforce, celebrul politician din secolul al XVIII-lea care era împotriva sclaviei, lua opiu drept „calmant de nervi” înaintea fiecărui discurs din Parlament. „Acestuia”, a spus Wilberforce despre consumul său de opiu prediscurs, „îi datorez succesul meu de orator” 12. Laurence Olivier, convins că era pe cale să fie împins la ceea ce nu se îndoia că avea să fie descris drept „o pensionare bruscă, de necrezut şi scandaloasă” 3 din cauza tracului, şi-a mărturisit în cele din urmă suferinţa actriţei Dame Sybil Thorndike şi soţului ei.

„Ia medicamente, dragule”, i-a spus Thorndike. „Noi luăm”. 11 încerc să mă consolez cu ceea ce am aflat despre Gladstone, Olivier şi alţi oameni de succes şi preţuiţi care au fost debilitaţi de trac.

Demostene, om politic din Grecia antică, celebru pentru capacitatea lui oratorică, a fost batjocorit la începutul carierei pentru prestaţiile lui anxioase şi bâlbâite. O dată, Cicero, marele politician şi filosof roman,

a îngheţat în Forum în timp ce vorbea în cadrul unui proces important şi a fugit de pe scenă. „Devin livid la începutul unui discurs şi tremur din toate încheieturile şi din tot sufletul”, scria el. Moise, conform unor interpretări din Exodul 4: 10, se temea să vorbească în public sau era bâlbâit; a trecut peste asta, devenind vocea poporului său.

Fiecare epocă pare să ne ofere exemple de oameni remarcabili, împliniţi, care au reuşit – sau nu au reuşit – să-şi depăşească anxietatea debilitantă de a vorbi în public. În dimineaţa zilei în care William Cowper, poet britanic din secolul al XVIII-lea, trebuia să se prezinte în faţa Camerei Lorzilor pentru a vorbi despre calificarea sa de a ocupa o poziţie guvernamentală, acesta a încercat să se spânzure, preferând să moară decât să îndure o apariţie în public. (Tentativa de sinucidere a eşuat şi interviul a fost amânat.) „Cei […] pentru care o examinare publică a propriei persoane, cu orice prilej, este o otravă mortală pot avea o idee despre oroarea situaţiei mele”[8], scria Cowper. „Ceilalţi nu pot avea”.

În 1889, un tânăr avocat indian aflat la începutul carierei a îngheţat înaintea judecătorului şi a fugit umilit din sala de judecată. „Mi se învârtea capul şi mă simţeam de parcă şi tribunalul se învârtea”[9], a scris avocatul mai târziu, după ce a ajuns cunoscut ca Mahatma Gandhi. „Nu mă puteam gândi la nicio întrebare”. Altă dată, când Gandhi s-a ridicat ca să citească observaţiile pe care le pregătise pentru o mică întrunire a unei societăţi locale de vegetarieni, a descoperit că nu putea să vorbească. „Mi s-a înceţoşat privirea şi am început să tremur, deşi discursul abia de avea o pagină”, povesteşte el. Ceea ce Gandhi numea „efortul groaznic de a vorbi în public” l-a împiedicat ani întregi să vorbească până şi la cine între prieteni şi aproape l-a oprit să devină liderul spiritual care a ajuns în cele din urmă. Şi cariera lui Thomas Jefferson a fost

8„ și întru această hotărâre am continuat“. Dar a părăsit scena timp de cinci ani

9p entru a scăpa de anxietate.

perturbată de frica de a vorbi în public.6 Unul dintre biografii săi observă că, dacă încerca să declame puternic, vocea „i se îneca în gât”. Nu a luat niciodată cuvântul la deliberările celui de-al Doilea Congres Continental şi, ceea ce este demn de remarcat, nu a ţinut decât două discursuri în public – alocuţiunile inaugurale – în anii în care a fost preşedinte. După ce au analizat biografiile lui Jefferson, psihiatrii de la Universitatea Duke, publicând în *Journal of Nervous and Mental Disease*, l-au diagnosticat postum cu fobie socială.

Romancierul Henry James a renunţat la Facultatea de Drept după o apariţie pe care a găsit-o stânjenitoare într-o competiţie nesemnificativă de pledoarii în care „a început să tremure şi s-a prăbuşit în tăcere”; de atunci înainte a evitat să ţină prezentări publice, în ciuda faptului că era celebru pentru cuvintele de duh de la dineuri. Vladimir Horowitz, poate cel mai talentat pianist din secolul XX, avea un trac atât de puternic, încât timp de 15 ani a refuzat să susţină concerte publice. Când în cele din urmă s-a întors pe scenă, a făcut-o cu condiţia ca medicul său personal să se afle permanent în primul rând din sală.

Barbra Streisand a început să fie afectată de o „anxietate de performanţă” [trac] copleşitoare în apogeul carierei sale; timp de 27 de ani a refuzat să joace pentru bani, apărând pe scenă numai la evenimente caritabile, unde simţea că presiunea era mai puţin intensă. Carly Simon a abandonat scena timp de şapte ani, după ce în 1981 a avut o cădere nervoasă înaintea unui concert la Pittsburgh în faţa a 10.000 de oameni. După ce s-a întors, uneori îşi înfigea ace în piele sau le cerea membrilor formaţiei să o plesnească pentru a o distrage de la anxietate. Cântăreţul Donny Osmond s-a retras mai mulţi ani din cauza atacurilor de panică. (El este acum purtător de cuvânt al Asociaţiei Americane pentru Anxietate şi Depresie.) Actorul de comedie Jay Mohr povesteşte cum a încercat frenetic să ia un Klonopin când era în direct la televizor, într-o schiţă la *Saturday Nightlive*, pentru a

împiedica un atac de panică despre care credea că va însemna finalul carierei lui.7 (Ce l-a salvat atunci pe Mohr nu a fost Klonopinul, ci ilaritatea stârnită de colegul său, Chris Farley.) Cu câţiva ani în urmă, Hugh Grant şi-a anunţat semiretragerea din actorie din cauza atacurilor de panică pe care le avea când camerele începeau să filmeze. A supravieţuit unuia dintre filme numai „îndopându-se cu lorazepam", benzodiazepina cu efect pe termen scurt, cu denumirea comercială de Ativan… Am avut atacurile astea de panică" 8, a spus el. „Sunt groaznice. Îngheţ ca un iepure. Nu pot să vorbesc, nu pot să gândesc, transpir ca un taur. Când ajungeam acasă după treaba asta, îmi spuneam: «Nu mai joc. Gata cu filmele»". Ricky Williams, care a câştigat trofeul Heisman în 1998, s-a retras câţiva ani din Liga Naţională de Fotbal American din cauza anxietăţii; interacţiunile sociale îl făceau să se simtă atât de agitat, încât nu putea să dea interviuri decât cu casca pe cap? Romanciera austriacă Elfriede Jelínek, care a câştigat în 2004 Premiul Nobel pentru Literatură, a refuzat să primească premiul în persoană pentru că din cauza fobiei sociale acute îi era imposibil să suporte să fie privită de public.[10]

Cicero, Demostene, Gladstone. Olivier, Streisand, Wilberforce. Medici şi oameni de ştiinţă şi politicieni. Câştigători de Oscar şi Heisman şi laureaţi ai Premiului Nobel. Gandhi şi Jefferson şi Moise. Oare nu ar trebui să mă consoleze faptul că atât de mulţi oameni mult mai mari decât mine au fost uneori doborâţi de trac? Şi nu ar trebui ca abilitatea de a persevera şi, în unele cazuri, de a-şi depăşi anxietatea să-mi ofere speranţă şi inspiraţie?

…de ce ideea că alţii gândesc ceva despre noi ne influenţează circulaţia capilară?

---

10 O vreme, Williams a luat Paxil pentru anxietate și a fost scurt timp reprezentant al SmithKline Beechman - deși mai târziu a declarat pentru TheMiami Herald că marijuana „a funcționat pentru mine de zece ori mai bine decât Paxil".
a) Vezi Charles Darwin, Expresia emoțiilor la om și animale, trad. rom. cit., p. 193 (n. tr).

— Charles Darwin, *Expresia emoţiilor la om şi animale* (1872) a *Simptomele anxietăţii de performanţa pot uneori să ia forma a ceea ce pare o groaznică farsă menită să umilească*.

— John Marshall, *Social Phobia* (1994)

Clasificarea oficială a DSM-ului împarte tulburarea anxioasă socială în două subtipuri: specifică şi generală. Pacienţii diagnosticaţi cu tulburare anxioasă socială specifică resimt anxietate doar în anumite situaţii, care au de-a face aproape întotdeauna cu o formă sau alta de apariţie publică. Cea mai frecventă fobie socială specifică este de departe frica de a vorbi în public, dar în această categorie sunt incluse frica de a mânca în public, frica de a scrie în public şi frica de a urina în toalete publice. Un număr surprinzător de mare de oameni îşi aranjează viaţa astfel încât să nu mănânce de faţă cu alţi oameni sau sunt îngroziţi de perspectiva de a trebui să semneze un cec în faţa altor oameni sau suferă de ceea ce se numeşte paruresis atunci când se află la un pisoar.

Pacienţii care suferă de tipul general de tulburare anxioasă socială se simt tensionaţi în orice context social. Evenimente obişnuite ca petrecerile, întâlnirile de afaceri, interviurile de angajare şi întâlnirile la cină pot fi situaţii care provoacă angoasă puternică şi simptome fizice. Pentru cei afectaţi într-un mod mai grav, viaţa poate fi o permanentă nefericire. Cele mai banale interacţiuni sociale – să stea de vorbă cu un vânzător sau să participe la o discuţie de lângă dozatorul de apă – provoacă un fel de groază. Mulţi oameni cu fobie socială îndură o viaţă de singurătate cumplită şi neajunsuri profesionale. Cercetările descoperă legături semnificative între fobia socială, pe de o parte, şi depresie şi sinucidere, pe de altă parte. De asemenea, persoanele cu fobie socială sunt, deloc surprinzător, foarte predispuse la alcoolism şi consumul de droguri.1

Groaznica ironie a fobiei sociale este că unul dintre lucrurile de care se tem cel mai tare oamenii afectaţi este

ca anxietatea să le fie dată în vileag – or tocmai asta fac simptomele acestui tip de anxietate. Persoanele cu fobie socială se tem că modul ciudat în care interacţionează sau manifestările fizice ale anxietăţii – înroşirea feţei şi tremorul şi bâlbâială şi transpiraţia – vor dezvălui cumva că sunt slabe sau incompetente. Aşa că devin agitate şi încep să se bâlbâie sau se înroşesc, ceea ce le face să fie şi mai agitate, ceea ce le face să se bâlbâie şi să se înroşească şi mai tare, ceea ce le aruncă într-un cerc vicios din ce în ce mai intens de anxietate şi de deteriorare a performanţei.

În această privinţă, înroşirea este infernală. Primul studiu de caz11 asupra ereutofobiei (frica de a te înroşi în public) a fost publicat în 1846 de un medic german care a descris un student la Medicină în vârstă de 21 de ani, împins la sinucidere de ruşinea provocată de înroşirea incontrolabilă. Câţiva ani mai târziu, Darwin a dedicat un capitol întreg din *Expresia emoţiilor la om şi animale* teoriei sale asupra înroşirii, observând că înroşirea trădează anxietatea în chiar momentul în care există cea mai intensă dorinţă de a o ascunde. „Ceea ce ne provoacă înroşirea nu este simplul act de a medita asupra propriului nostru aspect, ci de a ne gândi la ce cred alţii despre noi” 12, scria Darwin. „Este notoriu că nimic nu face pe cineva să roşească atât de mult ca o observaţie, oricât de neînsemnată, în privinţa aspectului său personal”.

Darwin avea dreptate: am avut colegi predispuşi la înroşire nervoasă, şi nimic nu-i făcea să fie mai roşii decât o remarcă în public despre faptul că se înroşesc. Înainte să se mărite, o astfel de colegă a încercat mai multe combinaţii de tratamente medicamentoase şi s-a gândit chiar la intervenţii chirurgicale în speranţa de a scăpa de ceea ce credea că avea să fie o umilinţă intolerabilă, (în fiecare an, mii de persoane care se înroşesc din cauze nervoase se supun unei simpatectomii endoscopice transtoracice, care presupune distrugerea ganglionului unui nerv simpatic situat în apropierea toracelui.) Eu, care

am norocul ca înroşirea să nu se numere printre simptomele mele nervoase obişnuite, mă uit la ea şi mă gândesc cât e de prostuţă dacă crede că ar fi umilitor să roşească la nuntă. Şi apoi mă gândesc cât de ruşine îmi era mie să transpir şi să tremur la propria mea nuntă şi mă întreb dacă nu sunt la fel de prostuţ ca ea.

Ruşinea, poate, este emoţia care acţionează aici – motorul care pune în mişcare şi anxietatea, şi înroşirea. În 1839, Thomas Burgess, un medic britanic, susţinea în *The Physiology or Mechanism of Blushing* (*Fiziologia sau mecanismul înroşirii*) că Dumnezeu a creat înroşirea pentru ca „sufletul să fie aibă puterea de a arăta pe faţă diversele emoţii interne provocate de sentimentele morale”[11]. Înroşirea, scria el, poate „servi drept control al propriei persoane şi ca semn pentru ceilalţi că încălcăm regulile care trebuie considerate sacre”. Pentru Burgess, ca şi pentru Darwin, înroşirea este dovada fiziologică deopotrivă a conştiinţei noastre de sine şi a sociabilităţii noastre – manifestare nu numai a conştiinţei propriului sine, ci şi a sensibilităţii noastre la modul în care ne percep ceilalţi.

Cercetarea de mai târziu a lui Darwin, ca şi descoperirile moderne ale biologilor evoluţionişti susţin că înroşirea este nu numai un semn al corpului nostru pentru noi înşine că săvârşim o transgresiune socială ruşinoasă (poţi să simţi că te înroşeşti după senzaţia de încălzire a feţei), ci şi un semnal pentru ceilalţi că ne simţim umili şi stânjeniţi. Este un mod de a arăta respect membrilor cu un statut social superior din propria specie – şi este, după cum ar spune Burgess, o modalitate de a ne controla impulsurile antisociale, de a nu ne lăsa să deviem de la normele sociale în vigoare. Anxietatea socială şi înroşirea pe care o provoacă pot fi adaptative din punct de vedere evoluţionist – comportamentul pe care îl susţin poate

11j) Sintagma „fobie socială“ a apărut prima oară în 1903, când Pierre Janet, influent psihiatru francez, contemporan și rival al lui Freud, a publicat o

menţine angajamentul social şi ne face să nu fim ostracizaţi de către trib.

Deşi tulburarea anxioasă socială este relativ nouă în istoria psihiatriei ca diagnostic oficial – s-a născut în 1980, când această afecţiune era una dintre noile tulburări anxioase extrase din vechile nevroze freudiene în a treia ediţie a *DSM* –, sindromul pe care îl descrie a existat dintotdeauna, iar simptomele sunt asemănătoare de la o epocă la alta? Scriind în 1901, Paul Hartenberg, romancier şi psihiatru francez, a descris un sindrom a cărui constelaţie de simptome fizice şi afective corespunde remarcabil definiţiei din *DSM-V* a tulburării anxioase sociale.14 Persoana cu fobie socială (*timide*) se teme de alţi oameni, nu are încredere în sine şi se fereşte de interacţiunile sociale, scria Hartenberg în *Les timides et la timidité*. Anticipând situaţiile sociale, persoana cu fobie socială a lui Hartenberg resimte simptome fizice ca puls rapid, frisoane, hiperventilaţie, transpiraţie, greaţă, vărsături, diaree, tremor, dificultăţi de vorbire, senzaţie de sufocare şi insuficienţă respiratorie, la care se adaugă o amorţeală a simţurilor şi „confuzie mentală”. De asemenea, aceşti oameni se simt ruşinaţi. Hartenberg anticipează chiar distincţia modernă dintre persoanele care sunt anxioase în toate situaţiile sociale şi cele care resimt anxietate numai înaintea unei prestaţii în public – o experienţă afectivă diferită pe care el a numit-o *trac şi* despre care a scris că afectează numeroşi eruditi, muzicieni şi actori înainte de o prelegere sau un spectacol. (Această experienţă, scrie Hartenberg, este ca răul de înălţime sau răul de mare – apare brusc, adesea din senin.)

Totuşi, în ciuda a ceea ce pare consecvenţă a descrierilor anxietăţii sociale de-a lungul mileniilor, diagnosticul de tulburare anxioasă socială rămâne controversat în unele locuri. Chiar după ce sindromul a fost înscris formal în 1980 în *DSM*, diagnosticul de fobie socială a fost aplicat rar în următorii ani. Psihoterapeuţii occidentali aveau tendinţa de a-l considera mai degrabă o

„tulburare asiatică” – afecţiune care înflorea în „culturile bazate pe ruşine” 16 (după cum le descriau antropologii) din Japonia şi Coreea de Sud, unde este foarte preţuit comportamentul social corect, (în psihiatria japoneză, afecţiunea numită *Taijiné KyoJu-Sho*, întrucâtva comparabilă cu ceea ce noi numim tulburare anxioasă socială, este de mult unul dintre cele mai frecvente diagnostice.) o cercetare interculturală realizată în 1994 sugerează că relativa prevalenţă în Japonia a simptomelor fobiei sociale poate avea legătură cu „susţinerea socială a manifestării ruşinii prezentă la taxonomie a bolilor mintale care clasifica ereutofobia printre ceea ce el numea *phobies sociales* său. *phobies de la société.15*

populaţia japoneză”. Societatea japoneză în sine, afirma autorul principal al studiului, poate fi considerată „pseudosociofobică” pentru că sentimentele şi comportamentele care în Occident ar fi considerate simptome psihiatrice – ruşine excesivă, evitarea contactului vizual, manifestări elaborate de respect – în Japonia sunt norme culturale?

În SUA, tulburarea anxioasă socială şi-a găsit la începuturi reprezentantul în persoana lui Michael Liebowitz, un psihiatru de la Universitatea Columbia care a făcut parte din subcomisia *DSM* care a acreditat oficial această afecţiune. În 1985, Liebowitz a publicat un articol17 în *Archives of General Psychiatry* intitulat „Social Anxiety – the Neglected Disorder” („Anxietatea socială – tulburarea neglijată”), în care susţinea că această boală era teribil de subdiagnosticată şi subtratată.11 După apariţia acestui articol, cercetările asupra fobiei sociale au început încet să se înmulţească. Până în 199418, sintagma „tulburare anxioasă socială” apăruse de numai 50 de ori în presa populară; cinci ani mai târziu, apăruse de sute de mii de ori. Cum a ajuns această tulburare să colonizeze imaginaţia publicului? în mare datorită unui unic eveniment: în 1999 Administraţia pentru Alimente şi Medicamente a aprobat utilizarea de Paxil pentru

tratamentul tulburării anxioase sociale.111 Smith Kline Beecham a lansat rapid o campanie de promovare de multe milioane de dolari care se adresa şi psihiatrilor, şi publicului general.

„Imaginează-ţi că eşti alergic la oameni”, spunea textul reclamei larg difuzate la Paxil. „Te înroşeşti, transpiri, tremuri – îţi este greu şi să respiri. Aşa te simţi dacă ai tulburare anxioasă socială”. Propulsată de noua răspândire culturală a afecţiunii – aceeaşi reclamă susţinea că „peste zece milioane de americani” sufereau de tulburare anxioasă socială numărul de reţete de Paxil a explodat. Acest medicament a întrecut Prozac şi Zoloft şi a devenit cel mai bine vândut antidepresiv inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei din SUA.

Înainte de 1980, nimeni nu fusese diagnosticat vreodată cu tulburare anxioasă socială; 20 de ani mai târziu, studiile estimau că zece până la 20 de milioane de americani erau susceptibili de a primi acest diagnostic. Astăzi, statisticile oficiale ale Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală spun că peste 10% dintre americani vor suferi la un moment dat în viaţă de tulburare anxioasă socială – şi că aproximativ 30% dintre aceşti oameni vor avea forme acute ale acesteia. (Studii din reviste medicale respectabile prezintă statistici similare.)

Nu e de mirare că lucrurile sunt controversate: de la zero pacienţi la zeci de milioane în mai puţin de 20 de ani. E simplu să ajungi la un plan cinic: se inventează un diagnostic psihiatric; se consideră iniţial că îl au foarte puţini pacienţi. Apoi este aprobat un medicament. Dintr-odată, numărul de diagnosticări explodează. Industria farmaceutică culege un profit de miliarde de dolari.

Mai mult, susţin aceşti critici, mai există o denumire pentru sindromul care îi afectează aparent pe cei cu tulburare anxioasă socială. Se numeşte timiditate, o dispoziţie temperamentală obişnuită, care cu greu ar putea fi considerată boală mintală. În 2007, Christopher Lane, profesor de engleză la Universitatea Northwestern, a

publicat o carte întreagă cu acest argument, *Shyness*: *How Normalbehavior Became a Sickness* (*Timiditatea*: *cum un comportament normal a devenit o boală*), în care susţine că psihiatrii, în cârdăşie cu industria farmaceutică, au reuşit să patologizeze o banală trăsătură de caracter?

Pe de o parte, explozia bruscă de diagnosticări cu tulburare anxioasă socială este cu siguranţă reprezentativă pentru puterea

9 Cartea lui Lane este reprezentativă pentru literatura substanţială şi în continuă creştere care acuză complexul industrial farmaceutic de crearea pentru profit a unor noi categorii de tulburări. Voi spune mai multe despre asta în partea a treia.

eforturilor de marketing ale industriei farmaceutice de a produce cerere pentru un produs. În afară de asta, este normal un oarecare grad de nelinişte în legătură cu interacţiunile sociale. Câţi dintre noi *nu* simt un anumit nivel de disconfort când se confruntă cu perspectiva de a trebui să susţină conversaţii banale cu nişte străini la o petrecere? Cine *nu* simte o oarecare anxietate când trebuie să apară în public sau să fie judecat de un auditoriu? O asemenea anxietate este sănătoasă, chiar adaptativă. Definirea unui astfel de disconfort ca fiind ceva ce trebuie tratat cu pastile înseamnă medicalizarea a ceea ce este întru totul uman. Toate astea întăresc ideea că tulburarea anxioasă socială nu este nimic mai mult decât o născocire a industriei farmaceutice.

Pe de altă parte, pot spune, şi din cercetări aprofundate, şi din experienţă personală, că, oricât de convingător ar fi ceea ce afirmă Lane şi ceilalţi critici ai industriei farmaceutice, suferinţa pe care o îndură unele persoane cu fobie socială este reală şi intensă. Există oare oameni „normal” de timizi, nu persoane bolnave mintal sau care au nevoie de îngrijiri psihiatrice, care sunt vârâţi în categoria largă de diagnostic a tulburării anxioase sociale, înghiţită de imperativele de profit ale companiilor producătoare de medicamente? Desigur. Dar există şi

oameni cu anxietate socială care pot beneficia cu adevărat de medicamente şi de alte forme de tratament psihiatric – pe care, în unele cazuri, medicamentele îi salvează de alcoolism, disperare şi sinucidere? Cred că există.

Acum câţiva ani, revista la care lucrez a publicat un eseu despre dificultatea de a fi introvertit. La scurt timp, a sosit la biroul meu următoarea scrisoare:

Tocmai am citit articolul dvs. despre introversiune. În urmă cu un an, fiul meu de 26 de ani s-a plâns că este introvertit. L-am asigurat că nu e nicio problemă, în familia noastră toţi suntem introvertiţi liniştiţi. Acum trei luni ne-a lăsat un bilet, a cumpărat o puşcă şi s-a omorât. În bilet spunea că mecanismele lui sunt defecte. […] Se simţea anxios şi ciudat în preajma oamenilor şi nu putea să continue. […] Era inteligent, blând şi foarte educat. Tocmai începuse un stagiu în relaţii publice şi cred că asta l-a împins dincolo de limită. Aş fi vrut să-mi fi spus ceva înainte să cumpere puşca. Credea probabil că asta era singura lui opţiune. Era genul de om neliniştit când i se lua sânge. Nu vă puteţi imagina cât de oribil a fost totul.

Un studiu 19 a descoperit că până la 24% dintre pacienţii diagnosticaţi cu tulburare anxioasă socială au la un moment dat o tentativă de sinucidere. Cine ar putea susţine că nu sunt decât timizi sau că un medicament care le-ar fi putut ameliora suferinţa nu ar fi decât o modalitate de a obţine profit?

Nicio pasiune nu răpeşte în mod atât de eficace minţii noastre orice capacitate de a acţiona şi de a raţiona cum face frica.

— Edmund Burke, *A Philosophical Inquiryinto the Origin of Ourideas of the Sublime and Beautiful* (1756) a

Din câte îmi amintesc, anxietatea mea de performanţă a înflorit când aveam 11 ani. Înainte, făcusem prezentări în clasă şi în faţa comitetelor şcolare şi nu resimţisem decât o uşoară agitaţie. Aşa că am fost luat prin surprindere când, în clasa a şasea, aflându-mă pe scenă în rolul principal din piesa de dinaintea vacanţei

Sfântul Gheorghe şi dragonul, am descoperit dintr-odată că nu mai puteam să vorbesc.

Era o seară de la jumătatea lui decembrie şi sala era plină, în public fiind zeci de părinţi, profesori, fraţi şi surori. Îmi amintesc că stăteam în culise, aşteptând momentul să intru pe scenă prin stânga, puţin agitat. Deşi îmi vine greu să-mi imaginez acum, cred că îmi plăcea de fapt şi de-abia aşteptam să mă bucur de toată atenţia demnă de rolul principal. Dar când am ajuns în centrul a) Vezi Edmund Burke, *Despre sublim şi frumos*: *cercetarefilozofică a originii ideilor*, trad. de Anda Teodorescu şi Andrei Bantaş, Meridiane, Bucureşti, 1981, pp. 90 – 91 (n.tr.).

scenei şi m-am uitat la public, am văzut toţi ochii ăia fixaţi pe mine şi am simţit o apăsare în piept.1 După câteva secunde m-am pomenit paralizat de panica fizică şi emoţională şi de-abia am putut vorbi. M-am forţat să rostesc câteva replici tremurate cu o voce pierdută – după care nu am mai fost în stare să scot o vorbă. M-am oprit în mijlocul frazei, simţind că eram pe punctul de a vomita. S-au scurs câteva secunde agonizante de tăcere, până când prietenul meu Peter, care juca rolul valetului, m-a salvat spunându-şi următoarea replică”. Desigur că asta nu i s-a părut coerent publicului, dar a împins scena spre final şi am ajuns din fericire în culise. Până la următoarea scenă simptomele fizice ale anxietăţii mele se atenuaseră puţin; la finalul piesei am ucis dragonul conform scenariului. După aceea oamenii mi-au spus că au apreciat scena luptei şi (din politeţe, eram sigur) nimeni nu zis nimic despre prima mea scenă, în care trebuie să fi arătat, în cel mai bun caz, ca şi cum mi-aş fi uitat replica sau, mai rău, ca şi cum aş fi îngheţat de groază.

În acea seară am simţit cum mă înghite pământul. După aceea nicio apariţie publică nu a mai fost la fel. Făceam parte pe atunci dintr-un cor de băieţi care cânta în biserici şi în săli de spectacol din toată Marea Britanie. Concertele erau tortură. Nu eram unul dintre cei mai buni

cântăreţi, aşa că nu aveam solouri; eram doar unul dintre cei 24 de băieţi prepuberi anonimi de pe scenă. Dar fiecare moment era un prilej de suferinţă. Îmi ţineam partitura în dreptul feţei, astfel încât publicul să nu mă poată vedea, şi doar mă prefăceam, mişcându-mi buzele fără să cânt. Aveam senzaţia

9 Cercetările au arătat că faptul de a fi ţinta privirii altcuiva provoacă o activare afectivă şi fiziologică foarte intensă. Unul dintre cele mai sigure moduri de a activa neuronii din amigdala unui subiect experimental uman este pur şi simplu să pui pe cineva să se uite la el. Numeroase studii au demonstrat că amigdala persoanelor diagnosticate cu tulburare anxioasă socială tinde să fie mai reactivă la privirea oamenilor decât în cazul subiecţilor sănătoşi din grupul de control.

”) Nu pot decât să bănuiesc că Peter nu resimţea o astfel de anxietate. A ajuns membru al cabinetului prezidenţial în timpul primului mandat al lui Barack Obama.

oribilă că mă sufoc, mă durea burta şi-mi era teamă că aş fi vomitat dacă aş fi scos vreun sunet.1

Am renunţat la cor, dar nu am putut să evit toate apariţiile publice – mai ales că anxietăţile mele s-au agravat şi definiţia mea de public s-a lărgit. În următorul an, în clasa a şaptea, făceam o prezentare la ora de ştiinţe a domnului Hunt. Credincios preocupărilor mele fobice, alesesem să fac un referat despre biologia intoxicaţiei alimentare. Stând în faţa clasei, m-am simţit copleşit de ameţeală şi greaţă. Nu am reuşit să spun decât câteva fraze poticnite din prezentare înainte de a mă opri şi a spune cu un chiţăit plângăcios: „Nu mă simt bine”. Dl Hunt mi-a zis să stau jos. „Poate că are o intoxicaţie alimentară”, a glumit un coleg. Toată lumea a râs, dar eu ardeam de umilinţă.

Câţiva ani mai târziu am câştigat campionatul de tenis la juniori de la un club local. După aceea s-a ţinut un banchet la care au fost oferite trofeele. Tot ce trebuia să

fac era să urc pe podium când se striga numele meu, să dau mâna cu organizatorul campionatului, să zâmbesc la cameră şi să cobor de pe podium. Nici măcar nu trebuia să vorbesc.

Dar când organizatorii au început să dea premiile pe categorii de vârstă am început să tremur şi să transpir. Perspectiva ca toţi ochii ăia să fie aţintiţi asupra mea mă îngrozea – eram sigur că aveam să mă fac de râs cumva. Cu câteva minute înainte să mi se strige numele m-am furişat pe uşa din spate şi am fugit să mă ascund într-o toaletă de la subsol, de unde am ieşit abia câteva ore mai târziu, când eram sigur că banchetul se terminase. (Acest tip de comportament evitant extrem este comun la persoanele cu fobie socială. Am dat la un moment dat în literatura clinică peste o relatare despre o femeie care, simulând că era bolnavă, nu a participat la un banchet organizat de compania la care lucra şi în

Nu mă ajuta deloc nici faptul că dirijorul era un bărbat bizar şi tiranic, care locuia cu părinţii şi se bâlbâia oribil. La repetiţii începea să ţipe şi se bloca la un cuvânt cu faţa contorsionată într-un paroxism de furie şi frustrare, şi trebuia să aştepţi multe secunde până să iasă în cele din urmă ocara pe care încerca să ţi-o arunce în faţă.

timpul căruia urma să i se ofere un premiu pentru realizări excepţionale, fiindcă o neliniştea foarte tare perspectiva de a se afla în centrul atenţiei. După ce a evitat dineul, un mic grup de colegi a organizat o recepţie într-un cadru mai intim în onoarea ei. A preferat să-şi dea demisia decât să participe.)

O dată, când eram la facultate, am făcut cerere pentru o bursă, ceea ce presupunea să particip la un interviu cu o comisie formată din şase membri ai facultăţii, cu cei mai mulţi având deja o relaţie bună. Am vorbit cu uşurinţă înainte de discuţia oficială. Dar când a început interviul şi mi-au pus prima întrebare oficială, mi s-a strâns pieptul şi nu am mai putut scoate un sunet. Stăteam acolo, deschizând gura fără cuvinte şi apoi închizând-o ca un

peşte sau un pui de mamifer care suge la sân. Când am reuşit în cele din urmă să-mi folosesc vocea, mi-am cerut scuze şi am zbughit-o afară, simţind în ceafă privirea perplexă a comisiei, şi asta a fost tot.

Şi iată, problema a continuat la vârsta adultă. Au existat diverse catastrofe mărunte, umilitoare (în timpul unor prezentări publice am ieşit din scenă la mijlocul frazei) şi nenumărate situaţii în care aproape am ratat (emisiuni de televiziune în care am simţit cum începe să mi se strângă pieptul; prelegeri şi interviuri în care încăperea începea să se înceţoşeze, greaţa să mi se ridice în piept şi vocea să-mi scadă într-un murmur bolnăvicios). Cumva, de multe ori când totul părea să se ducă de râpă, am reuşit să răzbat. Dar în toate aceste situaţii, chiar dacă aparent totul merge bine, mă simt de parcă aş fi pe muchie de cuţit, între succes şi eşec, adulare şi umilire – între justificarea existenţei mele şi dezvăluirea faptului că nu merit să trăiesc.

Ceea ce-i tulbura pe oameni nu sunt lucrurile, ci opiniile pe care le au despre ele.

— Epictet, „Despre nelinişte” (secolul I d.Hr.)

De ce mă trădează corpul în aceste situaţii?

Anxietatea de performanţă nu este vreun sentiment eteric, ci mai degrabă o stare mentală intensă care are aspecte fizice concrete, măsurabile în laborator: ritm cardiac accelerat, palpitaţii, niveluri ridicate de adrenalină şi noradrenalină în fluxul sangvin, reducerea peristaltismului şi tensiune arterială crescută. Aproape toată lumea are o reacţie determinată de sistemul nervos autonom când evoluează în public: majoritatea oamenilor au un nivel de două sau de trei ori mai mare de noradrenalină în sânge la începutul unei prelegeri, descărcare de adrenalină care poate îmbunătăţi performanţa – dar la persoanele cu fobie socială, acest răspuns al sistemului nervos autonom tinde să fie mai acut şi se traduce în simptome fizice debilitante şi suferinţă emoţională. Studii20 realizate la Universitatea din

Wisconsin au descoperit că, înainte de susţinerea unui discurs, indivizii cu anxietate socială prezintă o activare intensă a emisferei cerebrale drepte, care pare să interfereze şi cu procesarea logică, şi cu abilităţile verbale – tipul de îngheţare a creierului pe care a avut-o tânărul Gandhi la tribunal. Experienţa de a te zbate să gândeşti sau să vorbeşti clar în momentele de stres social are un substrat biologic evident.

Terapeuţii cognitiv-comportamentali susţin că tulburarea anxioasă socială este o problemă de perturbare a logicii, de gândire greşită. Dacă ne putem corecta credinţele false şi atitudinile dezadaptative – „cogniţiile" sau „schemele" noastre, după cum spun ei – putem vindeca anxietatea. Epictet, sclav din Grecia antică şi filosof stoic care a trăit la Roma în secolul I d.Hr., a fost prototipul terapeutului cognitiv-comportamental. Eseul lui „Despre nelinişte", pe lângă faptul că este una dintre cele mai timpurii contribuţii la literatura *self-help*, pare a fi prima încercare de a face legătura între anxietatea de performanţă şi ceea ce noi am numi astăzi probleme de stimă de sine.

„Când văd un om neliniştit, mă întreb «ce doreşte el?»" 21, scrie Epictet. „Dacă nu-şi doreşte vreun lucru care nu-i stă în puteri, cum de este încă neliniştit? Un muzician, de exemplu, nu este neliniştit când cântă pentru el însuşi; dar este atunci când apare pe scenă, chiar dacă vocea nu i-a fost niciodată mai bună sau dacă nu a cântat niciodată mai bine. Pentru că ceea ce îşi doreşte nu este numai să cânte bine, ci şi să fie aplaudat. Dar asta nu stă în puterea lui. Pe scurt, acolo unde i este îndemânarea îi este curajul". Cu alte cuvinte, nu ai cum să controlezi dacă publicul aplaudă sau nu, aşa că ce rost are să te îngrijorezi în legătură cu asta? Pentru Epictet, anxietatea era o tulburare a dorinţei şi emoţiei care putea fi învinsă prin logică. Când îţi poţi antrena mintea să acţioneze în acelaşi mod indiferent dacă eşti singur sau eşti observat, nu vei fi afectat de trac.

Doi psihoterapeuţi influenţi din secolul XX, Albert Ellis şi Aaron Beck, fondatorii terapiei raţional-emotive şi comportamentale (TREC/REBT), respectiv ai terapiei cognitiv-comportamentale (TCC/CBT), au susţinut că tratamentul anxietăţii sociale nu este nimic altceva decât depăşirea fricii de dezaprobare. Pentru a învinge anxietatea socială, spun ei, trebuie să te deprinzi cu ruşinea inutilă.

În acest scop, când dr. M., practicantă a modelului CBT, mă trata la Centrul pentru Anxietate şi Tulburări Anxioase de la Universitatea Boston, şi-a propus, în scop terapeutic, să mă facă de râs. Mă escorta la librăria universităţii care era de lângă centru şi stătea discret prin preajmă în timp ce eu le puneam vânzătorilor întrebări intenţionat prosteşti sau le spuneam că aveam nevoie să mă duc la toaletă pentru că urma să vomit. Pentru mine asta a fost chinuitor de ciudat şi stânjenitor (ăsta era şi scopul), şi nu prea a ajutat. Dar asta este terapia standard de expunere pentru persoanele cu fobie socială; un număr din ce în ce mai mare de studii susţin eficienţa acesteia. Ideea este, în parte, de a-i demonstra pacientului că dezvăluirea imperfecţiunilor sau faptul de a face ceva stupid nu este sfârşitul lumii sau distrugerea sinelui?

Terapeuţii cu o înclinaţie ceva mai psihanalitică tind să se concentreze asupra convingerii ferme a persoanei cu anxietate socială că este o fiinţă umană profund defectă sau dezgustătoare.

Am văzut de mai multe ori alţi terapeuţi de la centru supunându-şi pacienţii la expuneri asemănătoare în acelaşi magazin, obligându-i să pună întrebări ciudate sau să facă greşeli evidente şi stânjenitoare. Probabil că angajaţi! se întrebau de ce aveau în fiecare zi atât de multe interacţiuni bizare cu clienţi tulburaţi.

fără vreo valoare intrinsecă. Kathryn Zerbe22, psihiatră în Portland, Oregon, a scris că individul cu fobie socială se teme cel mai tare ca alţi oameni să-i vadă sinele real şi inadecvat. Pentru aceste persoane, orice tip de

activitate – muzicală, sportivă, de vorbit în public – poate fi înfricoşătoare fiindcă eşecul ar dezvălui nevolnicia şi inadecvarea lăuntrică. Ceea ce înseamnă proiectarea constantă a unei imagini care pare falsă – o imagine de încredere, competenţă, perfecţiune chiar. Dr. W. numeşte asta managementul impresiei şi observă că, deşi poate fi un *simptom* al anxietăţii sociale, este în mai mare măsură o *cauză*. Odată ce ai investit în menţinerea unei imagini publice neautentice a sinelui tău, te simţi întotdeauna în pericolul de a fi expus ca impostor: e suficientă o greşeală, o manifestare de anxietate sau de slăbiciune, şi faţada de competenţă şi realizări este expusă drept ceea ce este – o *persona* artificială menită să ascundă şinele vulnerabil din interior. Aşadar mizele pentru orice manifestare devin înfiorător de ridicate: succesul înseamnă menţinerea percepţiei valorii şi stimei; eşecul înseamnă expunerea sinelui de care ţi-e ruşine şi pe care încerci din răsputeri să-l ascunzi. Managementul impresiei este epuizant şi stresant – trăieşti cu teama constantă, după cum spune dr. W., că acest castel din cărţi de joc reprezentat de sinele tău proiectat se va prăbuşi asurzitor în jurul tău.

Un bâlbâit nu e niciodată un om lipsit de valoare. Fiziologia ne spune de ce. Un exces de sensibilitate în prezenţa unui seaman este ceea ce-l face şase bâlbâie.

— Thomas Carlyle, într-o scrisoare către Ralph Waldo Emerson (17 noiembrie 1843)

Încă din 1901, Paul Hartenberg a anticipat una dintre descoperirile esenţiale ale cercetărilor moderne asupra persoanelor cu fobie socială. Deşi acestea sunt deosebit de atente la sentimentele celorlalţi oameni, scria el în *Les timides et la timidité*, şi examinează în detaliu intonaţiile, expresiile faciale şi limbajul trupului interlocutorului în căutarea semnelor ce indică modul în care oamenii reacţionează la ele, sunt de asemenea excesiv de încrezătoare în concluziile pe care le trag pe baza acestor observaţii – şi mai ales în concluziile lor *negative*. Cu alte cuvinte, persoanele cu fobie socială captează mai bine

decât ceilalţi oameni semnele sociale subtile – dar tind să suprainterpreteze orice poate fi înţeles ca reacţie negativă. Fiind predispuse să creadă că oamenii nu le vor plăcea sau vor reacţiona rău faţă de ele (au tendinţa de a avea gânduri obsesive cum ar fi *sunt plictisitor* sau *o să zic ceva prostesc şi o să mă fac de râs*), caută permanent confirmări ale acestei convingeri interpretând, să spunem, un căscat înăbuşit sau o încreţire a buzelor ca însemnând dezaprobare. „Persoanele foarte anxioase analizează mai rapid expresiile faciale decât oamenii cu un nivel mai scăzut al anxietăţii" 23, spune R. Chris Fraley, profesor de psihologie la Universitatea din Illinois, Urbana-Champaign, „dar sunt de asemenea mai predispuşi să le interpreteze greşit". Alexander Bystritsky, directorul Programului pentru Tulburări Anxioase de la UCLA, afirmă că, deşi oamenii anxioşi au într-adevăr „un barometru afectiv sensibil" care le permite să detecteze modificări subtile ale emoţiilor, „acest barometru îi poate face să interpreteze exagerat o manifestare" 24.

Într-o anumită privinţă, persoanele cu fobie socială au darul de a identifica mai repede şi mai bine indicatori comportamentali care provin de la ceilalţi, având antene sociale atât de sensibile, încât primesc transmisiuni pe care oamenii „normali" nu le recepţionează. Altfel spus, percepţia oamenilor sănătoşi este mai puţin ascuţită într-un mod adaptativ; se poate să nu recepţioneze indicatori negativi – un căscat de plictiseală sau o grimasă de dispreţ – care chiar sunt acolo.

Arne Ohman25, specialist suedez în neuroştiinţe de la Universitatea Uppsala care a scris mult despre biologia evoluţionistă a comportamentului fobie, consideră că barometrul afectiv supersensibil al persoanelor cu fobie socială este determinat genetic, făcându-le pe acestea acut conştiente de statutul social în interacţiunile interpersonale. Un exemplu ar fi cazul lui Ned, un dentist de 56 de ani care îşi practica meseria. La o privire din exterior, Ned era un om de succes. Dar când s-a prezentat

în cabinetul psihiatrului, Ned a povestit cum cariera sa a fost distrusă de frica lui „de a nu face ceva prostesc” 126. Este destul de comună anxietatea de a nu face ceva greşit şi care ar duce la umilire socială. Dar frica lui Ned avea ceva specific şi interesant: anxietatea lui de performanţă era acută numai când se ocupa de pacienţi pe care îi percepea – pe baza tipului de asigurare – ca având un statut social superior lui. Când lucra cu pacienţi care nu aveau asigurare sau cu o asigurare Medicală, anxietatea lui era neglijabilă. Dar când trata pacienţi cu asigurări pretenţioase, care indicau slujbe cu statut înalt, Ned era îngrozit că mâinile i-ar tremura vizibil sau că ar transpira excesiv, dezvăluindu-şi anxietatea în faţa pacienţilor pe care îi credea imuni la anxietate şi (după cum a spus el) „se simt confortabil în lume” şi, astfel, dispuşi să-l judece şi chiar să-l ridiculizeze din cauza slăbiciunii lui.

Simptomele acestui tip de anxietate socială bazată pe statut – şi în special frica de a fi expus ca „slab” faţă de ceilalţi – apar regulat în literatura psihiatrică de aproximativ o sută de ani. Şi numeroase dovezi susţin afirmaţia lui Ohman că oamenii ca Ned au o conştiinţă calibrată prea fin a statutului social şi a inegalităţii sociale. Un studiu27 realizat de Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală publicat în 2008 a descoperit că creierul persoanelor cu fobie socială generalizată reacţionează diferit la critică în comparaţie cu creierul celorlalţi oameni. Când persoanele cu fobie socială şi subiecţii sănătoşi din grupul de control au citit comentarii neutre despre ei înşişi, activitatea lor cerebrală nu a fost diferită. Dar când cele două grupuri au citit comentarii *negative* despre propria persoană, cei diagnosticaţi cu tulburare anxioasă socială au prezentat o creştere semnificativă a fluxului sangvin la nivelul amigdalei şi cortexului prefrontal medial – două arii cerebrale asociate cu anxietatea şi reacţia la stres. Creierul persoanelor cu fobie socială pare predeterminat să fie hipersensibil la comentarii negative.

*) Cazul lui Ned este preluat din cartea *Social Phobia*

a lui John Marshall.

Această descoperire este întru totul compatibilă cu numeroase studii care arată că persoanele cu fobie socială prezintă o hiperreactivitate a amigdalei ca reacţie la expresii faciale negative. Când aceşti oameni văd feţe care par furioase, înfricoşate sau dezaprobatoare, neuronii din amigdala lor se activează mai rapid şi mai intens decât în cazul subiecţilor sănătoşi din grupul de control. Conform cercetătorilor de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală, „disfuncţiile provocate de fobia socială generalizată pot reflecta cel puţin parţial o atitudine negativă faţă de sine, în special ca reacţie la stimuli sociali, după cum indică modificările de la nivelul cortexului prefrontal medial” 28. În limbaj obişnuit, asta înseamnă că ruşinea şi stima redusă de sine au o adresă biologică: este evident că locuiesc în interconexiunile amigdalei şi cortexului prefrontal medial.

Există acum o întreagă subcategorie de studii RMNF care demonstrează că amigdala reacţionează intens la stimuli sociali care nu sunt percepuţi de mintea conştientă. Când un individ este într-un aparat RMNF şi i se prezintă imagini cu feţe speriate sau furioase, culorile care se aprind pe ecran indică o creştere a activităţii amigdalei. Asta nu e surprinzător: ştim că amigdala este sediul reacţiei de frică. Nu e surprinzător nici că neuronii din amigdala persoanelor diagnosticate cu fobie socială tind să se activeze mai frecvent şi mai intens decât în cazul celorlalţi oameni ca răspuns la feţe înfricoşate sau furioase. Surprinzător este că toţi oamenii – şi cei cu fobie socială, şi cei sănătoşi din grupurile de control – prezintă o reacţie considerabilă la nivelul amigdalei ca răspuns la fotografii pe care nu le percep vizual în mod conştient.29 Adică dacă te uiţi la o serie de imagini inofensive cu flori în care sunt intercalate imagini cu feţe speriate sau furioase derulate atât de rapid încât nu eşti conştient că le-ai văzut, amigdala ta se va activa ca reacţie la expresiile faciale – chiar dacă nu ştii că le-ai văzut. Când întrebi subiecţii

acestor experimente dacă au văzut feţele speriate sau furioase, îţi vor spune că nu; imaginile s-au derulat prea rapid pentru a fi înregistrate de creierul conştient. Dar amigdala, care operează cu viteza fulgerului sub nivelul cunoaşterii conştiente, percepe feţele tulburătoare şi se aprinde pe ecran. Unii subiecţi spun că s-au simţit neliniştiţi în acele momente – dar nu pot identifica sursa anxietăţii. Asta pare o dovadă neuroştiinţifică că Freud avea dreptate când vorbea despre existenţa inconştientului: creierul reacţionează intens la stimuli de care nu suntem conştienţi.

Sute de studii indică un răspuns neurobiologic inconştient de stres provocat de stimuli sociali. Pentru a cita doar unul dintre acestea, o cercetare publicată în 2008 în *Journal of Cognitive Neuroscience* a descoperit că oamenii cărora li se arată imagini cu feţe care exprimă diverse emoţii timp de 30 de milisecunde – prea rapid pentru ca mintea conştientă să le poată percepe – prezintă reacţii cerebrale „semnificative”. (Cei cu anxietate socială au avut cele mai intense reacţii cerebrale.) Este fascinant că, atunci când subiecţilor li s-a cerut să evalueze dacă imaginile feţelor surprinse erau pozitive sau negative, evaluarea lor a fost puternic afectată de imaginile subliminale care tocmai le trecuseră pe dinaintea ochilor: când imaginea cu o faţă uimită a fost precedată de o imagine subliminală cu o faţă furioasă sau speriată, era mult mai probabil ca subiecţii să spună că faţa uimită la care se uitau avea o expresie negativă şi exprima frică sau furie; când imaginea aceleiaşi feţe surprinse fusese precedată de o faţă fericită, era mult mai probabil ca subiecţii să spună că aceeaşi faţă surprinsă exprima bucurie. După cum a spus unul dintre cercetători, „Semnalele de ameninţare percepute inconştient […] ies la suprafaţă şi influenţează judecăţile sociale fără ca persoana să ştie” 30.

Ce rost are să dispui de un echipament de percepţie socială acordat atât de fin? De ce face creierul nostru

judecăţi de care nu suntem conştienţi?

O teorie este că o astfel de „judecată socială rapidă” ne-a îmbunătăţit şansele de supravieţuire pe parcursul istoriei. Într-un grup de babuini sau într-un trib de vânători-culegători, nu vrei să faci o impresie socială care va atrage atacuri din partea semenilor sau din cauza căreia vei fi alungat. Pentru babuini, să fie excluşi din grup înseamnă adesea moartea: este probabil ca o maimuţă singură peste care dă un alt grup să fie atacată şi omorâtă. Să fii un om preistoric alungat de trib însemna şi să ţi se refuze accesul la rezervele de hrană ale comunităţii, şi să rămâi vulnerabil în faţa animalelor de pradă. Aşadar, o anumită sensibilitate socială – acord fin la cerinţele impuse de grup, cunoaşterea ameninţărilor sociale, înţelegerea modurilor de manifestare a respectului care te va face să nu fii pocnit de un membru cu statut mai înalt al grupului din care faci parte – este adaptativă. (Aici înroşirea poate fi de ajutor ca semn automat de respect faţă de ceilalţi.) Conştientizarea modului în care comportamentul tău social – „performanţa” ta – este perceput de ceilalţi te poate ajuta să supravieţuieşti. Este întotdeauna riscant să atragi atenţia asupra ta şi să fii judecat negativ: rişti ca statutul să-ţi fie pus la îndoială şi să fii dat afară din trib pentru că ai făcut o impresie negativă?

Murray Stein31, psihiatru la Universitatea din California, San Diego, a observat că supunerea socială a babuinilor şi a altor primate are paralele uimitoare cu fobia socială a oamenilor. Stresul pe care îl resimt persoanele cu fobie socială ca anticipare a interacţiunilor umane normale, şi mai ales a acţiunilor în public, spune Stein, provoacă acelaşi hipercortizolism – creştere a nivelului hormonilor de stres şi activare a axei hipotalamus-hipofiză-suprarenală (hypothalamic-pituitary-adrenal – HPA) – pe care îl determină statutul subordonat în cazul babuinilor. Hipercortizolismul, la rândul său, activează amigdala, ceea ce provoacă intensificarea anxietăţii în prezent şi consolidarea la un nivel mai

profund a interacţiunilor sociale ca răspuns la stres în viitor.11[12]

Cercetările lui Stein au la bază munca lui Robert Sapolsky, neurobiolog la Stanford, autor al unor studii fascinante care indică o corelaţie directă între statutul în grup al unui babuin şi volumul de hormoni de stres din fluxul său sangvin. Populaţiile de babuini au o ordonare strictă a ierarhiei masculilor: masculul alfa, care de obicei este cel mai mare şi cel mai puternic şi care are acces deplin la hrană şi femele, respectat de toţi ceilalţi masculi, apoi maimuţa de rangul al doilea, respectată de toate celelalte în afară de masculul alfa – şi aşa mai departe, până la masculul situat pe ultima treaptă a scării sociale. Dacă într-o luptă între doi babuini câştigă cel cu statut mai înalt, ordinea socială rămâne aceeaşi; dacă câştigă cel cu statut inferior, ierarhia se schimbă şi babuinul câştigător urcă pe scara socială. Echipa lui Sapolsky a reuşit, prin observaţii atente, să stabilească ierarhia socială a unor grupuri de babuini.32 Analizând probe de sânge de la aceste primate, Sapolsky a descoperit că nivelul de ţestosteron corelează direct cu statutul social: cu cât un babuin este mai sus în ierarhie, cu atât are un nivel mai mare de ţestosteron. Mai mult, când un babuin urcă pe scara socială creşte nivelul său de ţestosteron; când pierde din statut, nivelul de ţestosteron scade. (Această relaţie cauzală pare să funcţioneze în ambele direcţii: ţestosteronul produce dominanţă, iar dominanţa produce ţestosteron.)

Dar aşa cum statutul înalt este asociat cu ţestosteronul, statutul inferior este asociat cu hormoni de stres cum ar fi cortizolul: cu cât rangul unui babuin este mai mic, cu atât este mai mare concentraţia de hormoni de stres din sângele lui. Un mascul subordonat nu numai că trebuie să depună mai multe eforturi pentru a procura

12“) Reacția fobică se consolidează profund la nivelul neuronilor din amig- dală și hipocampus - ceea ce constituie în parte motivul pentru care este atât

hrană şi a avea acces la femele, ci trebuie şi să fie atent de dificilă eliminarea fobiilor. În această privinţă, anxietatea se poate autoîntreţine în mod perfid: stresul activează amigdala, ceea ce determină amplificarea anxietăţii; o anxietate mai intensă stimulează axa HPA, ceea ce face ca amigdala să fie şi mai reactivă – şi toată această activitate neuronală întăreşte asocierea anxietăţii cu stimulul fobie, indiferent dacă e vorba de interacţiuni sociale sau de un zbor cu avionul prin turbulenţe. Pe scurt, faptul de a fi anxios te condiţionează să fii şi mai anxios în viitor.

să nu fie bătut de animalul dominant. Nu este clar dacă nivelul ridicat de cortizol face ca babuinul să fie supus sau dacă stresul de a avea un statut inferior face să crească nivelul de cortizol. Cel mai probabil amândouă – presiunea fizică şi psihologică de a fi un babuin subordonat determină secreţia unui nivel mai mare de hormoni de stres, ceea ce provoacă o anxietate mai intensă, ceea ce creşte nivelul hormonilor de stres, ceea ce generează o supunere mai accentuată şi o stare generală proastă de sănătate.

Deşi descoperirile din studiile pe animale pot fi aplicate doar indirect modului în care înţelegem natura umană (noi putem să gândim în modalităţi în care primatele n-o pot face), reacţia de anxietate a lui Ned la activitatea stomatologică asupra pacienţilor „cu statut mai înalt” se poate să aibă rădăcini în preocupările primitive de a nu depăşi graniţele ierarhiei sociale. Babuinii şi urangutanii cu statut inferior care nu-şi coboară privirea – pentru a-şi semnala supunerea – în prezenţa celor cu statut superior riscă să fie atacaţi. Statutul unui babuin în ierarhia socială – şi, dincolo de asta, capacitatea lui de a se comporta conform propriului rang, oricare ar fi acesta – joacă un rol important în determinarea bunăstării lui fizice.1

Şi babuinii cu statut inferior, şi oamenii cu tulburare anxioasă socială apelează cu uşurinţă la comportamente docile. La fel ca animalele cu statut inferior, persoanele cu

subtipul general de tulburare anxioasă socială tind să ţină ochii în pământ, să evite contactul vizual, să roşească şi să prezinte comportamente care indică supunerea, arătându-se dornici să le facă pe plac celor de pe aceeaşi treaptă socială şi superiorilor şi să cedeze în faţa celorlalţi

9 Este interesant că studii33 recente au descoperit că maimuţele care par cele mai fericite şi mai puţin stresate sunt ceea ce am putea numi masculi beta – maimuţe aproape de vârful ierarhiei care tind să fie relaxate şi să aibă abilităţi sociale. Să fii masculul cu cel mai înalt statut social este mult mai sănătos şi mai puţin stresant decât să fii masculul de pe ultima treaptă – dar să fii un mascul cu statut *superior* care nu e masculul *alfa* este şi mai sănătos şi mai puţin stresant, pentru că nu trebuie să-ţi faci griji permanent din cauza unei lovituri de stat care ameninţă să te doboare.

pentru a evita conflictul. Pentru babuinii de rang inferior, acest comportament constituie o adaptare cu rol de protecţie. Poate fi adaptativ şi în cazul oamenilor – dar pentru persoanele cu fobie socială cel mai adesea este contrar propriilor interese.

Maimuţele cu statut inferior şi oamenii cu fobie socială au de asemenea tendinţa de a prezenta devieri în privinţa procesării anumitor neurotransmiţători. Studiile34 au descoperit că maimuţele cu o funcţionare serotoninergică mai bună (în esenţă, niveluri mai mari de serotonină la nivelul sinapselor) tind să fie mai dominante, mai prietenoase şi mai predispuse decât cele cu niveluri normale de serotonină să construiască relaţii cu celelalte maimuţe. Spre deosebire de acestea, este mai probabil ca maimuţele cu niveluri neobişnuit de scăzute de serotonină să prezinte comportamente de evitare: sunt singure şi evită interacţiunile sociale. Studii35 recente asupra oamenilor au descoperit o alterare a funcţiei serotoninei în anumite arii cerebrale ale pacienţilor diagnosticaţi cu tulburare anxioasă socială. Aceste descoperiri contribuie la explicarea motivului pentru care inhibitorii selectivi de

recaptare a serotoninei ca Prozac şi Paxil pot fi eficienţi în tratarea anxietăţii sociale.36 (Studiile37 au descoperit de asemenea că persoanele neanxioase şi nedeprimate devin mai prietenoase dacă iau ISRS/SSRI-uri.)

S-a demonstrat că şi dopamina este implicată în modelarea comportamentului social. Când maimuţele care au trăit singure sunt scoase din cuşcă şi mutate într-un grup, maimuţele care ajung în vârful ierarhiei sociale tind să aibă în creier niveluri mai mari de dopamină38 – ceea ce este interesant în lumina studiilor care au descoperit că oamenii diagnosticaţi cu tulburare anxioasă socială tind să aibă niveluri de dopamină *sub* medie.39 Unele studii au găsit corelaţii uimitoare între anxietatea socială şi boala Parkinson, o afecţiune neurologică asociată cu un deficit de dopamină la nivel cerebral. Un studiu40 din 2008 a descoperit că jumătate dintre pacienţii cu Parkinson au avut scoruri suficient de mari la Scala Anxietăţii Sociale Liebowitz pentru a fi diagnosticaţi cu fobie socială. Mai multe studii41 recente au descoperit „o modificare a potenţialului de legare a dopaminei" în creierul persoanelor cu anxietate socială? Printre alţii, Murray Stein42 a emis ipoteza că ciudăţenia şi neîndemânarea interpersonală a persoanelor cu fobie socială sunt legate direct de probleme ale funcţionării dopaminei; căile neuronale de „întărire/ recompensă" ale dopaminei care contribuie la ghidarea comportamentului social corect al oamenilor sănătoşi poate să funcţioneze întrucâtva deficitar la nivelul creierului persoanelor cu fobie socială.

Sora mea, care suferă de ani întregi de anxietate socială, este o susţinătoare înfocată a acestei perspective. Fără să ştie nimic despre neurobiologie, ea insistă de mult că creierul ei e „configurat greşit".

„Situaţiile sociale prin care oamenii normali trec fără să se gândească îmi fac creierul să se închidă", spune ea. „Niciodată nu pot să mă gândesc la ce să spun".

Deşi altfel creierul ei funcţionează bine (este o desenatoare de succes, editor şi autor de cărţi pentru copii

care a absolvit la Harvard), încă din liceu a luptat cu ceea ce ea numeşte „problema ei de vorbire”. Nici zeci de ani de psihoterapie, nici zeci de combinaţii de medicamente nu au prea ameliorat asta. A fost evaluată pentru sindromul Asperger şi alte tulburări din spectrul autist, dar nu îi lipseşte empatia, aşa cum se întâmplă în cazul pacienţilor cu Asperger”.

9 Toate substanţele care sunt consumate în mod abuziv determină o creştere a nivelului de dopamină în ganglionii bazali – arie cerebrală în care nivelul de dopamină este scăzut la pacienţii cu anxietate socială. Se poate ca un deficit cronic de dopamină să explice motivul pentru care este mai probabil ca persoanele cu fobie socială să fie mai afectate de dependenţe decât ceilalţi oameni.

”) Deşi în unele privinţe pacienţii cu Asperger şi persoanele cu fobie socială suferă de o problemă similară – dificultatea deconcertantă pentru ceilalţi de a gestiona interacţiunile sociale ajung la ea mai mult sau mai puţin din direcţii opuse: în timp ce pacientul cu sindrom Asperger nu reuşește să-şi imagineze ce se petrece în mintea celorlalţi oameni, persoana cu fobie socială este *prea* bună la asta.

Asocierea dopaminei şi serotoninei cu fobia socială nu dovedeşte că deficitele de neurotransmiţători *cauzează* anxietate socială – aceste devieri ar putea fi *efectele* anxietăţii sociale, „cicatricile” neurochimice care apar când creierul este suprasolicitat pentru că trebuie să fie vigilent tot timpul, scanând neîncetat mediul pentru identificarea ameninţărilor sociale. Însă diverse cercetări recente sugerează că eficienţa cu care dopamina şi serotonina trec prin sinapse este determinată genetic. Cercetătorii au descoperit că varianta genei care codifică proteina transportoare de serotonină (SERT) determină densitatea receptorilor de serotonină din neuroni, iar densitatea relativă a receptorilor contribuie la determinarea încadrării pe spectrul timiditate-

extraversiune.[13]

Introducerea incertitudinii sociale într-un grup de babuini provoacă lucruri interesante în privinţa nivelului de anxietate. Babuinii de rang inferior sunt stresaţi tot timpul. Însă Robert Sapolsky a descoperit că, atunci când în grup intră un nou mascul, creşte nivelul de glucocorticoizi al tatarormasculilor nu doar al celor de rang inferior.44 Odată cu introducerea de noi membri în ierarhia socială începe să fie neclar care sunt conduitele adecvate, cum ar fi cine trebuie să-i arate respect cui; au loc mai multe lupte şi este agitaţie generală. Când noul babuin este asimilat în trib, scad nivelurile de stres şi concentraţia de glucocorticoizi, iar comportamentul social revine la normal.

Asta se întâmplă şi la oameni. La sfârşitul anilor ’9045, Dirk Hellhammer, psihobiolog german, a clasat 63 de recruţi dintr-o bază militară în funcţie de poziţia lor relativă în ierarhia socială (determinată prin observaţie antropologică) şi apoi a evaluat săptămânal nivelurile de cortizol ale acestora. În perioadele stabile, recruţii mai dominanţi aveau niveluri mai mici de cortizol salivar decât cei subordonaţi – la fel ca în cazul babuinilor. Dar în perioadele de stres psihic şi fizic indus în scopuri experimentale, au crescut nivelurile de cortizol ale tuturor soldaţilor – mult la subiecţii dominanţi şi puţin la cei subordonaţi. Deşi este întotdeauna stresant să fii un membru de rang inferior al tribului, perturbările ordinii sociale par să streseze pe toată lumea, chiar şi pe membrii de rang înalt?

Mulţi dintre noi ne-am zbătut să ajungem la perfecţiune în încercarea de a controla propria lume. […] *Există în general un sentiment profund de a nu fi suficient de buni, de a fi deficitari şi defecţi într-un fel sau altul sau de ap diferiţi de ceilalţi într-un mod care nu va p acceptat. Asta determină un sentiment de ruşine şi o frică de*

13V oi discuta mai detaliat relația dintre gene și anxietate în capitolul 9.

înjosire şi umilire dacă ne-am expune şinele adevărat în faţa celorlalţi.

— Janet Esposito*, in the Spotlight* (*în lumina repertoarelor*) (2000)

De curând, când m-am uitat prin notele tratamentului cu dr. M. de acum aproape zece ani, am dat peste un document pe care l-am scris la cererea ei. Îmi ceruse să scriu care ar fi pentru mine

9 Una dintre caracteristicile modernităţii este incertitudinea cronică în privinţa statutului. Societăţile de vânători-culegători aveau tendinţa de a nu fi prea stratificate social; în cea mai mare parte a istoriei, oamenii au trăit în grupuri relativ egalitariste. Asta s-a schimbat în Evul Mediu. Cam din secolul al XII-lea până la Revoluţia Americană, societatea a fost foarte stratificată – dar şi, în mare, stabilă: oamenii nu treceau dintr-o castă feudală în alta. Prin opoziţie, societatea modernă este şi foarte stratificată (în multe ţări există un grad înalt de inegalitate economică), şi foarte fluidă. Ideea că oricine poate, cu noroc şi curaj, să urce din sărăcie în clasa de mijloc sau din clasa de mijloc la o avere uriaşă este parte integrantă din imaginea pe care o avem despre succes. Dar mobilitatea socială nu se desfăşoară doar în sus. Spre deosebire de o societate cu pături socioeconomice mai stabile, există întotdeauna frica de prăbuşire – frică amplificată în situaţii economice cum este cea de acum. Numeroasele forţe care apasă pe umerii muncitorului american – distrugerea creativă a capitalismului bazat pe piaţa liberă; afectarea de către tehnologie a forţei de muncă; schimbările şi relaţiile incerte dintre sexe şi confuzia care apare astfel în privinţa rolurilor de gen – se combină şi produc o incertitudine constantă. Este normal ca oamenii să se îngrijoreze: *Sunt depăşit de ale oameni care au o competenţă profesională mai mare*? *O să-mi pierd slujba şi nu o să mai fac parte din clasa de mijloc*? Există voci care susţin că această incertitudine cronică ne reconfigurează fizic creierul şi ne face mai anxioşi.

cel-mai-rău-scenariu-posibil în cazul unei situaţii catastrofale de vorbit în public. Ideea de la baza acestui tip de exerciţiu este să-ţi imaginezi întru totul cel mai rău lucru care se poate întâmpla (eşec total, umilire deplină) şi apoi, odată ce te-ai gândit bine la asta, să ajungi la concluzia că, în primul rând, e improbabil să se întâmple cel-mai-rău-scenariu şi, în al doilea rând, chiar dacă s-ar întâmpla, poate că nu ar fi atât de catastrofal. Faptul de a ajunge la această concluzie şi de a o asimila intelectual şi afectiv ar trebui să scadă miza performanţei şi, astfel, să reducă nivelul de anxietate.

Cel puţin aşa e în teorie. Dar când am ajuns la întâlnirea de la amiaza unei zile de joi, după ce-i trimisesem prin e-mail cel-mairău-scenariu-posibil de vorbit în public pe care mi-l imaginasem (umilire şi colaps fizic, urmate de şomaj, divorţ şi ostracizare socială), dr. M. arăta îndurerată.

— Ce ai scris, a spus ea, e cel mai negativ lucru pe care l-am citit vreodată.

Mi-a spus că fusese îngrozită de ce scrisesem şi că s-a simţit obligată să-i arate relatarea mea supervizorului ei, mai experimentat, şi să-i ceară opinia. Mă privea cu empatie, îngrijorare şi, presupun, destul de alarmată, şi bănuiam că-şi pusese întrebarea dacă nu cumva sunt grav deprimat şi poate psihotic.

Poate că am o imaginaţie hiperactivă; poate că sunt excesiv de pesimist. Dar ştiu acum că negativitatea şi neîncrederea în sine – alături de dorinţa disperată de a masca această neîncredere – sunt trăsături de manual ale persoanei cu fobie socială. În aproape toate cărţile despre acest subiect, şi ştiinţifice, şi de popularizare, există observaţia că tulburarea anxioasă socială este asociată cu sentimente de inferioritate şi o sensibilitate extremă la orice tip de critică sau evaluare negativă.1

9 Nici măcar, sau poate în special, psihoterapeuţii nu sunt imuni. Fiindcă au senzaţia că pacienţii şi ceilalţi oameni se aşteaptă ca ei să-şi controleze emoţiile,

presiunea pe care psihoterapeuţii o pun pe ei înşişi de a nu părea anxioşi sau agitaţi poate fi enormă – şi îi poate face într-un mod pervers să se simtă şi mai anxioşi şi mai lipsiţi de control. Am pe un raft câteva cărţi scrise de terapeuţi care s-au simţit uneori handicapaţi şi umiliţi de propria într-o zi, pe când îi explicam cât de mari erau mizele pe care le atribuiam unui eveniment public ce urma să aibă loc în curând şi cât de important era – credeam eu – să-mi păstrez masca de eficienţă şi să-mi ascund senzaţia de impostură şi slăbiciune, dr. W. mi-a zis:

— Doamne, îţi dai seama cât de mult contribuie la anxietate sentimentul tău de ruşine?

Şi dr. M., şi dr. W. – ca să nu mai zic de Epictet – ar spune că cel mai bun leac pentru acest tip de anxietate socială este diminuarea puterii pe care o are ruşinea. Expunerea stânjenitoare la care m-a supus dr. M. avea scopul de a mă familiariza întrucâtva cu sentimentul de ruşine.

Vorbind despre anxietatea mea, dr. W. spune:

— Haide, las-o să se vadă. O să fii surprins cum o să reacţioneze oamenii. Nu-ţi mai bate atât de tare capul cu ce-o să gândească oamenii, spune el, repetând sfatul a sute de cărţi de *self-help*.

Dacă ar fi atât de simplu.

Ziua în care n-o să fiu neliniştit o să fie ziua în care renunţ. Pentru mine, agitaţia e minunată. Înseamnă că îţi pasă, iar mie îmi pasă ce fac.

— Tiger Woods, la o conferinţă de presă înaintea campionatului WGE-Accenture din 2009

*Nu dau doi bani pe ce spui. Dacă intru pe teren şi ratez, câştigătorii şi oamenii o să spună „Kobe a greşit" sau „Kobe e varză când e sub presiune". Păi, du-te drac*u'. *Fiindcă nu joc pentru căcatul tău de aprobare. Joc* anxietate. *The Anxiety Expert: A Psychiatrist's Story of Panic (Expertul în anxietate: povestea panicii unui psihiatru)* (2004) a fost scrisă de Marjorie Raskin, psihiatră specializată în anxietate, torturată de atacuri de panică

provocate de vorbitul în public. A făcut mari eforturi să-şi ascundă anxietatea şi, ca mine, s-a autotratat masiv cu benzodiazepine. *Painfiilly Shy*: *How to Overcome Social Anxiety and Reclaim your Life* (*Timiditate dureroasă*: *cum să-ţi depăşeşti anxietatea socială şi să recâştigi controlul asupra propriei vieţi*) (2001) a avut-o drept coautoare pe Barbara Markway, psiholog care recunoaşte că, de fapt, nici ea însăşi nu a reuşit întru totul „să-şi depăşească anxietatea socială şi să recâştige controlul asupra propriei vieţi”.

pentru că-mi place jocul şi-l iubesc. Şi ca să câştig. Pentru asta joc. Cea mai mare parte a timpului, când oamenii sunt sub presiune îşi fac griji despre ce o să spună ceilalţi despre ei. Eu nu am frica asta şi ăsta e motivul pentru care pot să uit meciurile proaste şi să arunc la coş şi să joc.

— Kobe Bryant, într-un interviu acordat după al treilea meci din semifinala NBA Western Conference 2012

Într-o zi, când eram în clasa a şaptea, am fost copleşit de anxietate când jucam un meci de tenis cu colegul meu Paul. Mă balonasem. Râgâiam incontrolabil. Înainte să înceapă meciul, cel mai important lucru era să câştig. Dar apoi, pe la mijlocul meciului, a început să mă doară stomacul şi mi-era frică să nu vomit, aşa că cel mai important lucru era să ies cât mai repede de pe teren. Iar cel mai rapid mod să fac asta era să pierd. Aşa că am ratat. Am dat mingea în plasă. Am servit greşit. Am pierdut cu 6 – 1, 6-0 şi, în timp ce strângeam mâna şi ieşeam de pe teren, primul lucru pe care l-am simţit a fost uşurare. Stomacul mi s-a liniştit. Anxietatea a cedat.

Şi următorul lucru pe care l-am simţit a fost ura de sine. Pentru că am pierdut în faţa supraponderalului şi onctuosului Paul, care apoi se fâţâia mândru, lăudându-se că m-a bătut rău. Mizele erau mici: un meci pentru clasificarea în poziţiile de la baza clasamentului din şcoala generală. Dar mie mi se părea de o importanţă existenţială. Pierdusem în faţa lui Paul, care nu era un

jucător prea bun – abilităţile lui, viteza lui, condiţia lui fizică erau evident sub ale mele –, iar rezultatul era acolo, pe tabela de marcaj şi în clasamentul de pe peretele vestiarului şi în înfăţişarea ţanţoşă a lui Paul, în văzul tuturor: el câştigase, deci îmi era superior. Eu pierdusem; aşadar, prin definiţie, eram un ratat.

Acest lucru – să pierd intenţionat meciuri pentru a scăpa de anxietatea mea intolerabilă – s-a întâmplat de zeci de ori de-a lungul carierei mele sportive din timpul şcolii. Nu toate meciurile au fost atât de groaznice precum cel împotriva lui Paul (al cărui nume, apropo, l-am schimbat aici) – s-a întâmplat frecvent să pierd meciuri împotriva unor jucători care probabil m-ar fi bătut şi dacă nu m-ar fi doborât anxietatea dar unele au fost. Antrenorii mei erau nedumeriţi. Se întrebau cum de păream atât de abil la antrenament şi totuşi câştigam atât de rar un meci important.

Excepţia s-a întâmplat în clasa a zecea, când am jucat pentru echipa de juniori de squash şi am fost neînfrânt: 17-O sau cam aşa. Cum se explica asta?

Valium.

Meciurile de squash, chiar şi antrenamentele, mă făceau să mă simt atât de rău, încât psihiatrul de copii la care mă duceam atunci, dr. L, mi-a prescris o doză mică din această benzodiazepină. În fiecare zi cât a durat turneul de squash din acel an am luat pastila pe furiş, odată cu sandvişul cu unt de arahide de la prânz. Şi nu am pierdut niciun meci. Continuam să fiu nefericit în timpul turneelor de squash: agorafobia şi anxietatea mea de separare mă făceau să urăsc deplasarea la meciuri, iar anxietatea generată de competiţii încă mă făcea să urăsc jocul. Dar Valiumul mi-a calmat suficient agitaţia fizică şi am putut să mă concentrez, încercând să joc bine în loc să ies cât mai repede de pe teren. Nu mă mai simţeam obligat să pierd meciurile intenţionat. Medicamentele m-au adus într-o zonă de performanţă în care anxietatea era benefică.

În 1908, doi psihologi, Robert M. Yerkes şi John

Dillingham Dodson, au publicat în *The Journal of Comparative Neurologa and Psychology* un articol46 care demonstra că animalele antrenate să îndeplinească o sarcină o realizau mai bine dacă anterior li se provoca o „anxietate moderată”. Asta a dus la ceea ce a devenit cunoscut ca legea Yerkes-Dodson, ale cărei principii au fost demonstrate experimental deopotrivă la animale şi la oameni de multe ori de atunci încolo. Seamănă întrucâtva cu principiul Goldilocks: dacă ai un nivel prea redus de anxietate nu ajungi la maximum de performanţă, indiferent dacă e vorba de un test sau de un meci de squash; dacă ai un nivel prea ridicat de anxietate nu vei ajunge să fii performant; dar dacă ai un nivel potrivit de anxietate – suficient pentru a te stimula fiziologic şi a-ţi concentra intens atenţia asupra sarcinii, dar nu într-atât încât să fii distras de cât de agitat eşti – este mult mai probabil să ai o performanţă de vârf. Evident, pentru mine era nevoie de o mică doză de Valium ca să ajung de la partea prea anxioasă a spectrului la partea de performanţă optimă?

*

* * *

Aş vrea să pot spune că anxietatea de competiţie nu a fost decât o fază a adolescenţei. Dar acum aproximativ zece ani jucam în finala unui turneu de squash împotriva prietenului meu Jay, un medic tânăr şi plăcut. Era seara campionatului la clubul de squash şi veniseră câteva zeci de spectatori. Nu eram decât doi jucători puţin-peste-medie; miza nu era absolut deloc importantă (nu era vorba de bani şi nici de cine ştie ce trofeu).

În acest turneu învingător era cel care câştiga trei din cinci seturi; aveai nevoie de nouă puncte ca să câştigi un meci. Încrezător, am preluat rapid conducerea în primul set, dar l-am pierdut. Am câştigat al doilea set; Jay l-a câştigat pe al treilea. Cu spatele la zid, l-am câştigat pe al patrulea, iar Jay era vizibil descurajat. Vedeam că era obosit – mai obosit decât mine. În al cincilea set, cel decisiv, am preluat conducerea şi am ajuns la 7 – 3, la două

puncte de victorie. Jay părea înfrânt. Victoria urma să fie a mea.

Au fost şi atleţi de elită în această situaţie. Reno Bertoia, pentru a nu menţiona decât unul, era un tânăr jucător de baseball de la Detroit Tigers care părea odinioară să aibă un viitor strălucit în liga majoră – până când, în 1957, a ajuns să fie atât de copleşit de anxietate încât, după cum a observat antrenorul Tigers, „nu putea să lovească mingea şi uneori rata lovituri care ar fi trebuit să fie simple” 47. Cu cât Bertoia era mai agitat, cu atât juca mai prost; cu cât juca mai prost, cu atât era mai agitat – un cerc vicios standard de anxietate din ce în ce mai intensă şi performanţă din ce în ce mai slabă. Curând, jocul său s-a deteriorat atât de mult, încât conducerea Tigers era pe cale să-l scoată din echipă. Disperat şi nefericit, Bertoia a început să ia Miltown, un tranchilizant timpuriu, pre Valium. Transformarea a fost uimitoare. Bertoia „nu s-a mai reţinut”, a spus antrenorul. „Acum este un alt om pe bancă – vorbeşte şi glumeşte – şi e mult mai relaxat”. Şi pe teren a început „să lovească mingea într-un mod spectaculos”. Scorul loviturilor lui reuşite a crescut cu 100 de puncte.

Doar că n-a fost.

Perspectiva victoriei iminente mi-a provocat o explozie de anxietate. Mi s-a uscat gura. Mâinile şi picioarele mi-au devenit imposibil de grele. Şi, cel mai grav, stomacul m-a trădat. Copleşit de greaţă şi panică, am lovit slab, disperat. Jay, cu câteva clipe în urmă dezolat şi resemnat să piardă, şi-a revenit. Îi oferisem o rază de speranţă. A început să-şi intre în mână. Anxietatea mea s-a amplificat şi dintr-odată era ca şi cum aş fi fost din nou în clasa a şaptea, într-un meci de tenis împotriva lui Paul: nu voiam decât să ies de pe teren. M-am ofilit sub privirea tuturor. Intenţionat, am început să pierd.

Jay a profitat de ocazie, s-a întors ca Lazăr din mormânt, şi m-a învins. Am încercat după aceea să fiu demn în înfrângere, dar când, inevitabil, toată lumea a

început să comenteze despre cât de dramatic ratasem victoria, am pus colapsul meu pe seama durerilor de spate. Chiar mă durea spatele – dar nu din cauza asta pierdusem. Avusesem trofeul în mână, dar l-am lăsat să-mi scape pentru că eram prea anxios ca să concurez.

M-am blocat.

Aproape cel mai rău lucru care se poate spune despre un atlet – în anumite privinţe, mai rău decât că a trişat – este că s-a blocat: să te blochezi înseamnă să nu faci faţă presiunii, să nu reuşeşti să obţii rezultate în cel mai important moment. (O definiţie tehnică, formulată de Sian Beilock, psiholog cognitiv de la Universitatea din Chicago, specializat în această temă, este „performanţă suboptimă – performanţă sub nivelul rezultatelor anterioare şi al capacităţilor demonstrate anterior”. Rădăcina etimologică a cuvântului „anxios” – anxprovine din latinescul *angere*, care înseamnă „a te bloca”; cuvântul latinesc se referea probabil la senzaţia de apăsare în piept resimţită în timpul unui atac de panică. A te bloca, în contextul atletismului sau al oricărui alt tip de performanţă, implică absenţa curajului, reprezentând o slăbiciune a caracterului. Cea mai comună explicaţie a blocării la un eveniment sportiv este, în discursul comentatorilor, „agitaţia”. Cu alte cuvinte, blocarea este provocată de anxietate – iar în arena de sport, precum şi pe câmpul de luptă sau la locul de muncă, anxietatea este un semn *ipsofacto* de slăbiciune.

De la colapsul meu din acel an în care am jucat în finala de la club am aflat care sunt efectele benefice ale meditaţiei înaintea meciurilor şi mă pricep mai bine la dozarea medicaţiei profilactice şi anxiolitice. De asemenea, soţia mea a născut doi copii, ceea ce a adus o nouă perspectivă asupra lipsei de semnificaţie existenţială a unui eveniment sportiv recreaţional. Şi totuşi problema persistă.

Nu demult m-am găsit în semifinala unui alt campionat de squash.

— De ce participi la aceste campionate, dacă te fac să te simţi atât de rău? m-a întrebat dr. W. cu câţiva ani înainte. Dacă nu poţi să înveţi să te bucuri de ele, nu te mai tortura participând!

Aşa că m-am oprit o vreme. Iar când m-am reapucat, am făcut-o cu o absenţă conştientă a investiţiei afective. *Fac asta doar pentru exerciţiu*, îmi spun. *Pot să mă bucur de competiţie fără să devin anxios şi să mă simt rău din cauza rezultatului*. Şi chiar aşa procedez în primele runde. Sigur, sunt momente tensionate; câteodată mă simt presat, ceea ce mă oboseşte şi scade calitatea jocului meu. Dar asta e normal, face parte din vicisitudinile competiţiei; nu mă debilitează. Şi câştig în continuare.

Aşa că atunci când intru pe teren îmi spun *Tot nu îmi pasă*. Nu se uită decât cinci oameni. Pierd la mustaţă primul set. Dar e bine. *Nu e mare lucru*. *Nu-mi pasă*. *Adversarul meu e bun*. Ar trebui *să pierd setul ăsta*. *Fără aşteptări*, *fără presiune*.

Dar câştig setul următor. *Stai aşa*, mă gândesc. *Joc bine setul ăsta*. *Pot să-l câştig*. În momentul în care apare impulsul meu competitiv simt cum revine greutatea pe care o cunosc şi cum mă balonez.

Haide, *Scott*, îmi spun. *Distrează-te*. *Cui îi pasă cine câştigă*? încerc să mă relaxez, dar devine din ce în ce mai greu să respir.

Transpir abundent. Şi se răspândeşte vestea că meciul e strâns şi în jurul terenului încep să se adune mai mulţi spectatori.

Încerc să încetinesc totul – respiraţia mea, ritmul jocului. Pe măsură ce anxietatea se amplifică se deteriorează calitatea jocului meu. Dar, cel puţin pentru moment, încă mă concentrez să joc bine, să încerc să câştig. Spre propria uimire, strategia mea de încetinire funcţionează. Reuşesc să revin şi câştig al treilea set. Încă unul şi joc în finală.

Moment în care descopăr că anxietatea mă vlăguieşte atât de tare, încât nu mai pot să joc. Adversarul

câştigă rapid următorul set şi scorul devine 2 – 2. Cine câştigă următorul set joacă în finală.

Mă folosesc de pauza de două minute dintre seturi să mă retrag la toaletă şi să încerc să-mi revin. Sunt palid şi tremur – şi mi-e greaţă, lucrul cel mai groaznic pentru mine. Când intru din nou pe teren, antrenorul mă întreabă dacă sunt bine. (E evident că nu arăt bine.) Mormăi că da. Începe al cincilea set şi nu-mi mai pasă deloc dacă câştig; la fel ca în meciul de acum 30 de ani împotriva lui Paul, nu vreau decât să ies din teren fără să vomit. Încă o dată încerc să pierd cât se poate de repede: nu mai fug după minge; ratez lovituri intenţionat. Adversarul meu nu înţelege. După ce nu reuşesc o lovitură uşoară, se întoarce spre mine şi mă întreabă dacă sunt bine. La limita puterilor, încuviinţez din cap.

Dar nu sunt bine. Sunt îngrozit că nu o să reuşesc să pierd suficiente puncte îndeajuns de repede ca să ies de pe teren înainte să vomit şi să fiu umilit. În clasa a şaptea cel puţin am fost în stare să rămân pe teren până la finalul meciului cu Paul; dar acum, cu atât de mulţi ochi fixaţi pe mine şi cu gâtul încleştat, nu pot să fac nici măcar asta. Curând, când încă mai erau multe puncte până la finalul meciului, ridic mâna în semn de înfrângere.

— Renunţ, îi spun adversarului. Mi-e rău.

Şi, înfrânt, ies în fugă de pe teren.

Nu numai că am pierdut. Am renunţat. Rupt ca un scaun pliant ieftin. Mă simt stors şi jalnic.

Prietenii din public murmură spre mine cuvinte de consolare.

— Ne-am dat seama că nu te simţi bine, spun ei. Ceva nu era în regulă.

Dau din mână spre ei (mormăi că „A fost stricat peştele de la prânz”) şi mă retrag în vestiar. La fel ca întotdeauna, odată ce am ieşit din competiţie şi de sub ochii publicului, anxietatea se micşorează.

Dar am pierdut din nou în faţa unui adversar pe care aş fi putut să-l bat. Adevărul e că nu-mi pasă dacă pierd.

Ce mă deranjează este că, încă o dată, am fost învins de anxietate, că m-a redus la o bucată de jeleu tremurător şi m-a expus la ceva ce simt că e un moment public de stânjeneală.

Ştiu: realitatea e că nimănui nu-i pasă. Ceea ce mă face cumva să mă simt şi mai jalnic.

Niciodată în cariera mea nu am simţit ceva asemănător. Nu aveam niciun fel de control. Şi nu puteam să înţeleg.

— Greg Norman pentru *Golf Magazine* despre momentul în care a ratat în turneul Masters din 1996

Este lungă lista atleţilor de elită care s-au blocat spectaculos sau care au dezvoltat o anxietate de performanţă bizară şi debilitantă.

Greg Norman, jucătorul australian de golf, a eşuat la turneul Masters din 1996 ratând din cauza neliniştii ultimele câteva lovituri, deşi avea un avans care părea să-i asigure victoria; a ajuns să plângă în braţele omului care l-a învins, Nick Faldo. Jana Novotna, campioana cehă de tenis, mai avea nevoie de cinci puncte ca să câştige la Wimbledon în 1993, dar a cedat sub presiune şi, deşi avea un avantaj semnificativ, a pierdut în faţa lui Steffi Graf; a ajuns să plângă în braţele Ducesei de Kent. La 25 noiembrie 1980, Roberto Durăn, pe atunci campionul nedisputat de box la categoria semimijlocie, l-a înfruntat pe Sugar Ray Leonard într-una dintre cele mai faimoase lupte din toate timpurile. Cu 16 secunde înainte de finalul rundei opt – şi cu milioane de dolari în joc –, Duran s-a întors spre arbitru, şi-a ridicat mâinile în semn de abandon şi a spus „*No mas, no mas* [Gata, gata]. Gata cu boxul”. Mai târziu a zis că l-a durut stomacul. Până în acel moment, Durăn era perceput ca invincibil, întruchiparea macismului latino. De atunci a trăit în dizgraţie – considerat unul dintre cei mai mari fricoşi şi laşi din istoria sportului.

Toate astea sunt blocaje clasice – prăbuşiri mentale şi fizice în momente izolate de anxietate intensă. Mai curios

este cazul atleţilor profesionişti care, într-o crâncenă manifestare publică a anxietăţii de performanţă, ajung într-un fel de blocaj cronic. La mijlocul anilor ’90, Nick Anderson era aruncător la echipa de baschet Orlando Magic. A intrat în finala NBA din 1995 ca atacant bun, reuşind de-a lungul carierei să înscrie aproximativ 70% din loviturile de pedeapsă. Dar în primul meci din campionatul din acel an când a jucat împotriva Houston Rockets, Anderson a avut patru ocazii consecutive de a asigura victoria pentru Orlando cu o lovitură de pedeapsă în ultimele secunde ale meciului: tot ce trebuia să facă era să reuşească o aruncare.

Le-a ratat pe toate patru. Magic a pierdut meciul în prelungiri şi apoi a ieşit din grupă când nu a reuşit să câştige patru meciuri din şapte. După aceea, procentul de aruncări reuşite al lui Anderson s-a prăbuşit; în restul carierei sale a fost un dezastru la linia de aruncări libere. Asta l-a făcut să joace mai puţin agresiv în atac, pentru că se temea să nu fie faultat şi să trebuiască să arunce la coş. Aruncările libere din campionat, îşi amintea Anderson mai târziu, erau „ca un cântec care-mi intrase în cap şi se repeta la nesfârşit” 48. A fost forţat să se retragă.

În 1999, jucătorul de baseball Chuck Knoblauch şi-a pierdut capacitatea de a arunca mingea de la baza a doua la baza întâi. Asta nu ar fi fost o problemă dacă nu s-ar fi întâmplat ca atunci el să fie jucătorul de la baza a doua al echipei New York Yankees. Knoblauch nu suferise vreo lovitură fizică în urma căreia să nu mai fi putut arunca – la antrenament putea să arunce foarte bine. Totuşi, în timpul meciurilor, când îl priveau 40.000 de fani pe stadion şi milioane la televizor, a aruncat de mai multe ori dincolo de bază şi a trimis mingea în tribună.

20 de ani mai târziu, la doar un an după ce a fost numit cel mai bun jucător care intrase în acel sezon într-o echipă de seniori din Liga Naţională, Steve Sax, care juca la baza a doua la Los Angeles Dodgers, a dezvoltat aceeaşi afecţiune ca Knoblauch. Totuşi, la antrenamente nu avea

nicio problemă, reuşind chiar să arunce legat la ochi în încercarea de a se dezvăţa.

Cel mai scandalos este cazul lui Steve Blass, unul dintre cei mai buni jucători de baseball şi aruncător la Pittsburgh Pirates, care, în iunie 1973, după reuşite care l-au făcut poate cel mai bun aruncător, a fost dintr-odată incapabil să mai arunce mingea. La antrenamente putea să arunce la fel de bine ca întotdeauna. După ce a încercat fără rezultate psihoterapie, meditaţie, hipnoză şi tot felul de leacuri băbeşti (inclusiv să poarte lenjerie largă), s-a retras.

Chiar şi mai ciudate sunt exemple ca Mike Ivie şi Mackey Sasser, jucători de baseball pe poziţia de câtcherla San Diego Padres, respectiv New York Mets. Amândoi au avut o fobie atât de intensă de aruncarea mingii înapoi către pitcherun lucru pe care juniorii îl fac fără probleme –, încât au trebuit să se retragă. (Pe jumătate în glumă, psihiatrul sportiv Allan Lans a introdus termenul „fobia aruncării mingii” 49, pentru a descrie această afecţiune.)

Teoria blocării determinate de monitorizarea explicită50, derivată din descoperiri recente din psihologia cognitivă şi neuroştiinţe, susţine că performanţa scade dacă atleţii se concentrează prea mult asupra ei. Să te gândeşti prea mult la ce faci de fapt afectează performanţa. Asta nu pare să se potrivească cu banalităţile obişnuite despre cum calitatea performanţei ţine de intensitatea concentrării. Ceea ce pare însă să conteze este tipul de atenţie pe care o investeşti. Sian Beilock, care studiază psihologia blocării la laboratorul ei de la Universitatea din Chicago, spune că faptul de a-ţi face griji în mod activ că s-ar putea să ratezi face să fie mai probabil să ratezi. Pentru a ajunge la o performanţă optimă – ceea ce unii psihologi numesc stare de flux –, unele părţi ale creierului tău trebuie să fie pe pilot automat, nu să gândească activ (sau să „monitorizeze explicit”) ce faci. Conform acestei logici, motivul pentru care „fobia de aruncare a mingii” a lui Ivie şi Sasser a ajuns atât de gravă

este că se gândeau prea mult la ceva ce ar fi trebuit să fie acţiunea mecanică, negândită de a arunca mingea înapoi la *pitcher*. (*Ţin mingea ca lumea*? *Continui mişcarea cu poziţia potrivită a mâinii*? *Arăt ciudat*? *O să ratez din nou*? *Ce e în neregulă cu mine*?) Beilock a descoperit că poate să îmbunătăţească semnificativ performanţa atleţilor (cel puţin în situaţii experimentale) dacă îi face să se concentreze la altceva decât la mecanica loviturii sau aruncării51; faptul de a spune în gând o poezie sau de a cânta un cântec, distrăgându-le atenţia *conştientă* de la sarcina fizică, poate determina o îmbunătăţire rapidă a performanţei.

Dar în general oamenii anxioşi nu pot să nu-şi facă griji tot timpul, despre orice, în tot felul de moduri greşite. *Dacă aşa*? *Dacă pe dincolo*? *Fac bine*? *Arăt stupid*? *Dacă mă fac de râs*? *Dacă iar trimit mingea în tribună*? *Mă înroşesc vizibil*? *Văd ceilalţi că tremur*? *Aud ei că-mi tremură vocea*? *O să-mi pierd slujba sau o să fiu retrogradat în liga minoră*?

Dacă ai scana creierul atleţilor înainte sau în timp ce se blochează, spune psihologul sportiv Bradley Hatfield, ai vedea un „ambuteiaj” 52 neuronal de îngrijorare şi automonitorizare. Pe de altă parte, scanările cerebrale ale sportivilor care nu se blochează – cei ca Tom Bradys şi Peyton Manninga, cărora presiunea nu le afectează deloc graţia – dezvăluie o activitate neuronală „eficientă şi fluidă”, care foloseşte doar ariile cerebrale implicate în eficienţa sarcinii.

Într-un fel, anxietatea manifestată de toţi aceşti atleţi care s-au blocat este o versiune a problemei înroşirii: se fac de râs în public din cauza fricii de a nu se face de râs în public. Anxietatea provoacă tocmai lucrurile de care le este cel mai frică. Cu cât te simţi mai expus – cu cât eşti mai susceptibil la ruşine –, cu atât vei fi mai puţin eficient.

Dacă eşti bărbat, respectul de sine nu-ţi va permite să recunoşti că ai o nevroză de angoasă sau să arăţi că ţi-e frică.

— Afişe îi pite în bazele militare ale aliaţilor din Malta în al Doilea Război Mondial în 1830, când col. R. Taylor, consulul britanic la Bagdad, explora situl arheologic al unui palat asirian antic, a descoperit o prismă de argilă cu şase feţe inscripţionate cu litere cuneiforme. Prisma Taylor, care se află astăzi la Muzeul Britanic, spune povestea campaniilor militare ale regelui Sanherib, conducătorul Asiriei în a) Jucători de fotbal american (n.tr.).

secolul al VIII-lea î.Hr. Este foarte valoroasă pentru istorici şi teologi, deoarece oferă relatări contemporane ale unor evenimente descrise în Vechiul Testament. Pentru mine, totuşi, pasajul cel mai interesant este cel care descrie lupta Asiriei cu doi regi tineri din Elam (pe o hartă modernă, din sud-vestul Iranului).

„Ca să-şi salveze viaţa au călcat peste cadavrele soldaţilor lor şi au fugit”, scrie pe prismă, relatând ce s-a întâmplat când au fost împresuraţi de armata lui Sanherib. „Ca puii de pasăre când sunt prinşi, şi-au pierdut curajul. Cu urină şi-au pângărit carele de război şi au lăsat scârna să le cadă”.

Aici, într-una dintre cele mai timpurii relatări descoperite vreodată, apare condamnarea slăbiciunii de intestine şi de caracter a războinicului anxios.

Multe figuri de stil din sport despre eroism, curaj şi „rezistenţă la presiune” se aplică şi în cazul războiului. Dar mizele unei performanţe sportive pălesc în faţa faptelor războinice, unde diferenţa dintre succes şi eşec este adesea diferenţa dintre viaţă şi moarte.

Societatea le acordă cel mai mare respect soldaţilor (şi atleţilor) care se arată rezistenţi la presiune – şi îi ponegreşte aspru pe cei ce şovăie. Anxioşii sunt instabili şi slabi; curajoşii sunt impasibili şi puternici. Laşii sunt conduşi de propriile frici; eroii nu sunt tulburaţi de ele. În *Istorii*, Herodot povesteşte despre Aristodemos, un războinic spartan de elită pe care „l-a lăsat curajul” în bătălia de la Termopile din 480 î.Hr.; a rămas în ariergardă

şi nu a intrat în luptă. De atunci înainte, Aristodemos a devenit cunoscut drept „Cel care tremură de frică” şi „când s-a văzut copleşit de ruşine s-a spânzurat” 53.

Armatele au făcut întotdeauna eforturi considerabile să-i deprindă pe soldaţi cu anxietatea.54 Vikingii foloseau stimulente obţinute din urină de cerb, care le ofereau rezistenţă chimică la frică. Comandaţii britanici le dădeau soldaţilor rom; armata rusă folosea vodcă (şi valeriană, un tranchilizant uşor).55 Pentagonul a căutat modalităţi farmacologice de a anula răspunsul de tip luptă-sau-fugă în încercarea de a elimina frica de pe câmpul de luptă. Cercetătorii de la Universitatea John’s Hopkins au creat recent un sistem care le poate permite comandanţilor să monitorizeze în timp real nivelul de stres al soldaţilor prin evaluarea nivelului de hidrocortizon – ideea fiind că, dacă hormonii de stres ai unui soldat depăşesc un anumit nivel, acesta trebuie scos din luptă.56

Militarii au motive întemeiate să denigreze comportamentul temător: anxietatea poate fi devastatoare pentru soldat şi pentru armata în care luptă. *Cronica anglo-saxonă57* relatează lupta din 1003 între Anglia şi Danemarca, în care lui cifric, comandantul englez, i s-a făcut atât de frică, încât a început să vomite şi nu a mai putut să-şi comande oamenii, care au sfârşit măcelăriţi de danezi.

Anxietatea se poate răspândi prin contagiune, drept pentru care armatele încearcă din răsputeri să o limiteze. În timpul Războiului Civil, armata Uniunii îi tatua sau îi ardea cu fierul roşu pe soldaţii găsiţi vinovaţi de laşitate. În Primul Război Mondial, orice soldat britanic care dezvolta o nevroză ca urmare a traumelor de război era declarat „în cel mai bun caz o fiinţă umană inferioară din punctul de vedere al constituţiei, în cel mai rău caz un prefăcut şi un laş” 58. Medicii care publicau în acea perioadă îi declarau pe soldaţii anxioşi „invalizi moral”. (Unii medici progresişti – inclusiv W.H.R. Rivers, care l-a tratat, printre alţii, pe poetul Siegfried Sassoon – susţineau

că nevroza de luptă era o afecţiune medicală care-i putea afecta până şi pe soldaţii cu fond moral solid, dar astfel de medici erau în minoritate.) Un articol59 din 1914 din *The American Review of Reviews* susţinea că „panica poate fi controlată dacă ofiţerii deschid focul asupra propriilor soldaţi”. Până la al Doilea Război Mondial, armata britanică pedepsea dezertorii cu moartea.

Al Doilea Război Mondial a fost primul conflict în care psihiatrii au jucat un rol semnificativ, deopotrivă ca evaluatori ai soldaţilor înainte de luptă şi ca vindecători ai rănilor lor psihice ulterioare. Peste un milion de soldaţi americani au fost internaţi în spital pentru tratament psihiatric din cauza faptului că erau „speriaţi de bombe”. Dar unii ofiţeri superiori îşi făceau griji despre ce însemna acest tratament mai uman pentru eficienţa în luptă. George Marshall, generalul armatei americane care a ajuns mai apoi secretar de stat, se lamenta că soldaţii care în primele linii ar fi consideraţi laşi şi prefăcuţi erau văzuţi de psihiatri ca pacienţi. „Atitudinea profesională hipergrijulie” 60, se plângea Marshall, va duce la o armată de laşi răsfăţaţi. Generalii britanici susţineau în reviste medicale respectabile că oamenii care se panichează în timpul luptei ar trebui sterilizaţi „pentru că numai o astfel de măsură ar împiedica bărbaţii să arate că le e frică şi să-şi transmită slăbiciunea mentală unei alte generaţii” 61. Ofiţerii superiori de pe ambele părţi ale Atlanticului susţineau că soldaţilor diagnosticaţi cu „nevroză de război” nu trebuie să li se permită să otrăvească baza genetică cu laşitatea lor. „A venit timpul ca ţara noastră să nu mai fie slabă”, declara un colonel britanic, „şi să-şi abandoneze programul de răzgâială a celor care nu-s buni de nimic” 62. În ceea ce-l priveşte, generalul american George Patton a negat că ar exista nevroză de război.63 Prefera sintagma „epuizare provocată de luptă” şi spunea că nu era decât o „problemă de voinţă”. Pentru a împiedica răspândirea epuizării provocate de luptă, Patton i-a propus comandantului general Dwight Eisenhower ca aceasta să

fie pedepsită cu moartea. (Eisenhower a refuzat implementarea acestei sugestii.)

Armatele moderne încă nu ştiu ce să facă în privinţa soldaţilor doborâţi de propriii nervi zdruncinaţi de luptă. În timpul războiului din Irak, *The New York Times* a relatat despre un soldat american care a fost destituit din cauza laşităţii.64 Soldatul a contestat destituirea, susţinând că ar fi trebuit să fie lăsat la vatră. Nu era un laş, a spus el, ci un pacient care suferea de o boală psihiatrică: din cauza stresului luptei făcuse o tulburare de panică, iar aceasta îi provoca atacuri debilitante de anxietate. Avocaţii lui au susţinut că era bolnav, nu laş. În acest caz, armata a refuzat iniţial să recunoască diferenţa – deşi oficialii militari au renunţat mai târziu la acuzaţia de laşitate şi au menţinut doar delictul mai puţin grav de părăsire a postului.

De-a lungul istoriei au existat întotdeauna soldaţi anxioşi, bărbaţi pe care, în momente cruciale, i-au lăsat nervii şi pe care corpul i-a trădat. În 1862, după prima lui experienţă de luptă, William Henry, un tânăr soldat unionist din Sixty-Eighth Pennsylvania Volunteers, a suferit de dureri oribile de burtă şi de diaree. Evaluat de medici ca altfel având o bună stare fizică, Henry a fost prima persoană diagnosticată oficial cu „inimă de soldat”, sindrom provocat de stresul luptei.[14] Studiile asupra „procentelor de murdărire a pantalonilor” 66 în cadrul soldaţilor americani din al Doilea Război Mondial au descoperit că un procent constant de 5 – 6% dintre combatanţi pierdeau controlul propriilor intestine, în unele

---

149 De la Revoluția Franceză, acest diagnostic a fost aplicat informai bărbaților care cedau în luptă, dar abia în 1871, când un medic pe nume Jacob Mendes Da Costa a scris un studiu de caz despre Henry pentru The American Journal of the Medical Sciences, această afecțiune a fost înscrisă oficial în literatura științifică drept „inimă de soldat“ sau inimă reactivă sau sindromul lui Da Costa. Istoricii psihiatriei consideră acest articol ca fiind primul din literatura medicală care descrie afecțiunile numite astăzi tulburare de panică și tulburare de stres posttraumatic.

divizii procentul fiind de peste 20%. Înainte să aterizeze la Iwo Jima în iunie 1945, trupele americane sufereau de diaree nestăvilită; unii soldaţi s-au folosit de asta ca scuză pentru a evita lupta. Un studiu67 din 1944 asupra unei divizii americane de luptă din Franţa a dezvăluit că în timpul luptei peste jumătate dintre soldaţi aveau transpiraţii reci, se simţeau slăbiţi sau îşi pierdeau controlul intestinelor. Un alt studiu68 asupra infanteriştilor din al Doilea Război Mondial a descoperit că doar 7% au susţinut că nu au simţit niciodată frică – în timp ce 75% au spus că le tremurau mâinile, 85% că le transpirau palmele, 12% că şi-au pierdut controlul intestinelor şi 15% că şi-au pierdut controlul vezicii. (Când a auzit că un sfert dintre respondenţi au recunoscut că şi-au pierdut controlul vezicii în timpul luptei, un colonel a zis: „La dracu', […] asta nu înseamnă decât că trei din patru sunt mincinoşi!" 69) Descoperiri recente realizate de Pentagon dezvăluie că numeroşi soldaţi trimişi în Irak au vomitat din cauza anxietăţii înainte de misiunile de patrulare în zonele de luptă.

William Manchester, care avea să devină un eminent istoric american, a luptat la Okinawa în al Doilea Război Mondial. „Simţeam în bărbie o zvâcnire care apărea şi dispărea ca o lumină intermitentă care semnalizează că e ceva în neregulă" 70, scria el, amintindu-şi prima experienţă de luptă deschisă, când s-a apropiat de un lunetist japonez care se ascundea într-o baracă. „În burtă mi se deschideau şi închideau valve. Gura mi-era uscată, picioarele îmi tremurau şi nu puteam să-mi focalizez privirea". Manchester a împuşcat şi a omorât lunetistul – după care a vomitat şi şi-a pierdut controlul asupra vezicii urinare. „Oare asta înseamnă «vitejie pe câmpul de luptă»?" s-a întrebat el.

Eu aş spune că reacţia fiziologică de anxietate a lui Manchester avea o calitate aproape morală, că implica sensibilitate faţă de gravitatea existenţială a situaţiei. Anxietatea, după cum s-a observat de la Augustin încoace,

poate fi o bună aliată a moralităţii; oamenii care nu au nicio reacţie fiziologică în aceste situaţii sunt proverbialii ucigaşi cu sânge rece. După cum s-a exprimat la un moment dat scriitorul Christopher Hitchens – care nu era în niciun caz un laş –, „Acum, cei care nu resimt nicio emoţie sub presiune sunt de obicei şi aparent potriviţi pentru a fi ofiţeri, dar însuşi acest stoicism poate ascunde – ca în cazul ofiţerilor care nu suferă de epuizare provocată de luptă sau de stres posttraumatic – un calm psihopatie care trimite fără o lacrimă un pluton întreg într-o tranşee plină de sârmă ghimpată” 71.

Cu toate astea, există încă din Antichitate o legătură acceptată cultural între curaj şi bărbăţie, precum şi o aprobare a calităţii morale atribuite capacităţii de control a propriilor funcţii corporale în cazuri extreme. Potrivit legendei, când Napoleon a trebuit să aleagă un om cu „nervi de oţel” 72 pentru o misiune periculoasă, a ordonat ca un pluton de execuţie să tragă cu gloanţe oarbe asupra unor voluntari şi l-a ales pe cel care „nu a manifestat tendinţa de a-şi goli intestinele”.

Colegul meu Jeff, un jurnalist care a transmis din zone de război din toată lumea şi care a fost răpit de terorişti, spune că novicii în corespondenţa de război se întreabă întotdeauna ce se va întâmpla prima dată când se va trage asupra lor. „Înainte să fii sub focul inamicului”, spune el, „te întrebi dacă o să te caci pe tine. Unora li se întâmplă, altora nu. Mie nu-şi am ştiut atunci că o să mă descurc. Dar până să afli pur şi simplu nu ştii”.

Din fericire, nu s-a tras niciodată asupra mea. Dar cred că ştiu din ce categorie fac parte.

…mişelul naintea primejdiei schimbă la feţe.

Firea nu-l lasă să stea liniştit, ci se-ndoaie de şale, şi se totfarmă şi stă pe picioare, pe unul, pe altul, Inima-i bocăne-n pieptu-i grozav, i se pare că vede Moartea spre sine venind şi-i clănţăne dinţii de groază. Cine-i levint, dimpotrivă, deloc nu se schimbă la faţă, Nici nu se tulbură cum îşi ia loc în şirag şi s-aţine şi-n fiorosul pârjol el gata

să sară mai iute.

— Homer, *Iliada*.

De ce unii oameni îşi păstrează calmul sub focul inamicului, iar alţii se prăbuşesc imediat? Studiile arată că aproape toată lumea – în afară de cei mai rezilienţi şi de cei mai sociopaţi – are o limită, un prag psihic dincolo de care stresul luptei nu mai poate fi tolerat fără deteriorare afectivă şi fizică sau colaps. Însă unii oameni pot suporta un volum enorm de stres înainte de a ceda şi se pot reface rapid după epuizarea provocată de luptă; alţii cedează rapid şi îşi revin lent şi dificil – dacă îşi revin vreodată.

Se pare că există o consecvenţă considerabilă la nivelul populaţiilor: un anumit procent de indivizi cedează sub presiune şi un alt procent este imun. Studii73 cuprinzătoare realizate în timpul celui de-al Doilea Război Mondial au descoperit că în cadrul fiecărei unităţi obişnuite de luptă există un anumit număr de oameni care vor ceda nervos devreme, de obicei înainte de a ajunge pe câmpul de luptă; alţii, care constituie un procent relativ stabil (şi dintre care unii sunt sociopaţi), sunt capabili să îndure un volum masiv de stres fără efecte negative; iar majoritatea oamenilor se încadrează undeva între aceste extreme.

a) Homer, *Iliada*, trad. de George Mumu, Univers, Bucureşti, 1985, p. 292 (n.tr.).

John Leach, psiholog britanic care a studiat cogniţia în condiţii de stres extrem, a observat că, în medie, 10 – 20% dintre oameni vor fi calmi şi netulburaţi în situaţii de luptă. „Aceşti oameni vor reuşi să îşi revină rapid” 74, scrie el în *Survival Psychology*. „Conştientizarea situaţiei va rămâne intactă şi capacităţile lor de judecată şi raţiune nu vor fi afectate într-o măsură semnificativă”. La cealaltă extremă, 10 – 15% dintre oameni vor reacţiona prin „plâns incontrolabil, confuzie, ţipete şi anxietate paralizantă” 75. Însă majoritatea oamenilor, spune Leach, până la 80%, în situaţii care implică riscul morţii vor deveni letargici şi confuzi şi vor aştepta instrucţiuni. (Asta explică poate de

ce atât de mulţi oameni sunt aşa de dornici să se supună autoritarismului în perioadele de tulburare şi stres extrem.)

Pe de altă parte, psihiatrii britanici au observat că în al Doilea Război Mondial, când avioanele Luftwaffe bombardau Londra, civilii cu tulburări nevrotice preexistente descopereau că nivelul lor general de anxietate ajungea *să scadă.76* După cum a scris un istoric, „Nevroticii s-au arătat remarcabil de calmi în faţa ameninţării din ceruri" 77 – probabil pentru că era reconfortant să descopere că oamenii „normali" le împărtăşeau frica în timpul Blitz-ului. Un psihiatru a speculat că pentru nevrotici era liniştitor să vadă că ceilalţi „arătau la fel de îngrijoraţi cum fuseseră ei de-a lungul anilor" 78. Nevroticii se simt mai puţin anxioşi când este acceptabil să se simtă anxioşi.

Un studiu79 fascinant despre stresul provocat de război a fost coordonat de V.A. Kral, medic internat în lagărul Theresienstadt în al Doilea Război Mondial. În 1951 a publicat un articol în *The* American *Journal of Psychiatry* în care spunea că, deşi la Theresienstadt au murit 33.000 de oameni – şi alţi 87.000 au fost transferaţi în alte lagăre naziste spre a fi ucişi –, acolo nu au apărut cazuri noi de fobie, nevroză sau anxietate patologică. De fapt, Kral, care a lucrat la spitalul lagărului, a observat că, deşi majoritatea deţinuţilor erau deprimaţi, puţini resimţeau anxietate clinică. El scria că aceia care înainte de război suferiseră de „psihonevroze grave şi de lungă durată ca fobii şi nevroze obsesiv-compulsive" au descoperit că afecţiunile lor intrau în remisie. „La Theresienstadt, nevrozele [pacienţilor] fie dispăreau complet, fie se ameliorau într-atât, încât pacienţii munceau fără să caute ajutor medical". Este interesant că pacienţii care au supravieţuit războiului au recăzut apoi în vechile lor tipare nevrotice. Era ca şi cum frica reală ar fi înlăturat anxietatea nevrotică; odată cu diminuarea fricii, anxietatea a revenit.

Psihiatrii militari au adunat un volum semnificativ de informaţii despre tipurile de situaţii care le provoacă soldaţilor cea mai intensă anxietate. Multe studii au arătat că nivelul de control pe care un soldat simte că îl are determină în mare măsură nivelul de anxietate pe care îl resimte. Conform descrierii oferite de Roy Grinker şi colegii săi în *Men Under Stress*, studiul clasic despre nevrozele de război din timpul celui de-al Doilea Război Mondial, deşi piloţii erau îngroziţi de atacurile antiaeriene, lupta împotriva avioanelor inamice era euforizantă?

Trauma de război este un redutabil distrugător psihic: mulţi soldaţi cedează afectiv în timpul războiului; şi mai mulţi cedează după. Vietnamul a creat mii de soldaţi traumatizaţi, dintre care mulţi au ajuns persoane fără adăpost şi dependenţi de droguri. Aproximativ 58.000 de soldaţi americani au murit în luptă în Vietnam între 1965 şi 1975 – dar un număr şi mai mare s-au sinucis de atunci. Sinuciderea este frecventă şi în cazul veteranilor războaielor noastre recente din Irak şi Afghanistan. Conform statisticilor furnizate de Army Behavioral Health Integrated Data Environment, rata sinuciderii în cazul soldaţilor în serviciu activ a crescut cu 80% între 2004 şi 2008; un studiu din 2012, publicat în *înjury Prevention*, raporta că numărul sinuciderilor este, „conform

9 Legătura dintre lipsa controlului şi anxietate a fost demonstrată de multe ori de-a lungul anilor şi în alte situaţii decât cele de luptă. Cercetătorii au provocat ulcer şoarecilor pur şi simplu privându-i de control asupra mediului lor şi există un număr foarte mare de studii care au demonstrat că oamenii cu locuri de muncă în care nu consideră că au un nivel ridicat de control sunt mult mai susceptibili să dezvolte anxietate clinică şi depresie, precum şi afecţiuni medicale determinate de stres, ca ulcerul şi diabetul. datelor armatei americane, fără precedent în peste 30 de ani” 80. Un studiu81 din *The Journal of the American Medical Association* a ajuns la concluzia că peste 10% dintre veteranii războiului din

Afghanistan şi aproape 20% dintre veteranii războiului din Irak suferă de anxietate şi depresie. Alte studii au descoperit procente enorme de consum de antidepresive şi tranchilizante la veteranii din Irak; ABC News raportează că unul din trei soldaţi ia acum medicamente psihiatrice. Ratele mortalităţii în cazul celor care cedează sub stresul luptei sunt mult mai mari decât în cazul celor care nu cedează: un studiu82 recent publicat în *Annals of Epidemiology* arată că veteranii diagnosticaţi cu tulburare de stres posttraumatic au o rată de două ori mai mare de moarte prematură decât cei fără un astfel de diagnostic. Rata sinuciderii post-luptă a ajuns atât de înaltă în ultimii ani, încât armata american a a făcut o prioritate din acordarea tratamentului profilactic pentru tulburarea de stres posttraumatic. În 2012, rata sinuciderii a ajuns la cel mai înalt nivel din ultimii zece ani83 – un număr uluitor de 18 soldaţi activi şi veterani se sinucid în fiecare zi în SUA, potrivit amiralului Mike Mullen, fostul director al Joint Chiefs of Staff din cadrul Ministerului Apărării.

Bineînţeles, până în 1980, când acest diagnostic a fost introdus alături de alte tulburări anxioase odată cu publicarea *DSM-III*, nu exista nicidecum TSPT/PTSD? La fel ca în cazul tulburării anxioase sociale, existenţa tulburării de stres posttraumatic rămâne controversată – şi dacă există, nu e limpede cât de largă ar trebui să fie definiţia. Aceste dezbateri sunt inevitabil politizate, fiindcă sunt în joc miliarde de dolari sub forma beneficiilor medicale pentru veterani şi a câştigurilor companiilor medicale, precum şi din cauza tensiunilor constante provocate de diferenţa dintre laşitate morală şi o afecţiune medicală. În ce o priveşte, armata americană consideră în prezent TSPT ca fiind o problemă reală şi gravă şi investeşte un volum semnificativ de resurse în cercetarea

*) TSPT (tulburare de stres posttraumatic/*post-traumatic stress disorder*-PTSD) este urmaşul diagnosticelor, printre altele, de inimă de soldat, frică de bombe, epuizare provocată de luptă şi nevroză de război.

cauzelor, tratamentului şi prevenţiei. Pentagonul contribuie la numeroase studii asupra forţelor Navy SEALS [United States Navy Sea, Air and Land (Seal) Teams], formate în general din soldaţii cei mai duri şi mai rezistenţi, în scopul de a afla ce combinaţie de gene, neurochimie şi – în special – antrenament îi face să fie atât de formidabili din punct de vedere mental. Experimentele au dezvăluit că soldaţii SEALS gândesc mai clar şi iau decizii mai bune şi mai repede în situaţii haotice sau stresante decât o fac alţi soldaţi.

Oricât de importantă este natura stresului provocat de luptă pe care îl resimte un soldat, descoperiri recente din neuroştiinţe şi genetică sugerează că natura soldatului poate fi mai importantă pentru determinarea probabilităţii unei căderi nervoase. Faptul de a fi mai probabil să cedezi sub un stres moderat de luptă sau să rămâi implacabil chiar şi în condiţii extreme de război poate fi atribuit în mare substanţelor neurochimice pe care le aduci în luptă, iar acestea sunt determinate parţial de genele tale.

Andy Morgan, psihiatru la Facultatea de Medicină Yale, a studiat persoanele care se antrenează în cadrul Forţelor Speciale de Intervenţie de la Fort Bragg şi care trec prin celebrul program SERE (Supravieţuire, Eschivă, Rezistenţă şi Evadare). Aceşti indivizi care aspiră să facă parte din Navy SEALS şi Beretele Verzi sunt supuşi, trei săptămâni, la greutăţi fizice şi psihologice extreme pentru a se stabili dacă pot îndura stresul de a fi prizonieri de război. Suportă durere, privare de somn, izolare şi interogatorii – inclusiv „tehnici avansate”, cum ar fi tortura cu apă (*waterboarding*). Cei selectaţi pentru acest program au trecut deja prin câţiva ani de antrenament în locuri cum ar fi Centrul Special de Război John F. Kennedy de la Fort Bragg. Cei slabi din punct de vedere fizic şi psihologic sunt excluşi cu mult înainte de SERE. Dar chiar şi pentru trupele de elită care ajung până aici, SERE poate fi extrem de stresant. Într-un articol din 2001, Morgan şi colaboratorii săi observau că modificările înregistrate ale

hormonului de stres cortizol în timpul SERE „au fost unele dintre cele mai mari documentate vreodată în cazul oamenilor” 84 – mai mari chiar decât cele asociate operaţiilor pe cord deschis.

Morgan a descoperit recent că recruţii din Forţele Speciale care sunt cei mai eficienţi în SERE au niveluri semnificativ mai mari – cu până la 1/3 mai mari – de peptidă Y, o substanţă secretată la nivelul creierului, decât recruţii cu performanţe mai slabe. Descoperită în 1982, neuropeptida Y (sau NPY, cum o numesc cercetătorii) este neuropeptida care se găseşte în cea mai mare cantitate în creier, fiind implicată în reglarea alimentaţiei şi echilibrului – şi în răspunsul la stres. Unii indivizi cu niveluri ridicate de NPY par *complet imuni* la tulburarea de stres posttraumatic – niciun fel de stres nu-i poate face să cedeze.85 Corelaţia dintre NPY şi rezistenţa la stres este atât de mare, încât Morgan a descoperit că poate prezice cu o acurateţe remarcabilă, doar printr-un test de sânge, cine va absolvi programul de antrenament al Forţelor Speciale. Cei cu niveluri ridicate de NPY vor absolvi; cei cu niveluri mici, nu. Cumva, NPY conferă rezistenţă şi rezilienţă psihologică.1

Este posibil ca indivizii din Forţele Speciale care se descurcă cel mai bine sub presiune să *fi învăţat* să fie rezilienţi – se poate ca nivelurile ridicate de NPY să fie produsul antrenamentului şi modului în care au fost crescuţi. Rezilienţă este o trăsătură care poate fi învăţată; Pentagonul cheltuieşte milioane în încercarea de a descoperi cum să facă asta mai bine. Însă studiile sugerează că nivelul de NPY al unei persoane este relativ fix încă de la naştere, fiind mai degrabă o funcţie determinată de ereditate decât de învăţare. Cercetătorii de la Universitatea din Michigan au descoperit corelaţii nu numai între variaţiile genei NPY pe care o ai şi cantitatea de neurotransmiţător pe care o produci, ci şi între cantitatea de NPY pe care o produci şi cât de intens reacţionezi la evenimente negative.87 Oamenii cu niveluri

reduse de NPY prezintă o hiperreactivitate a „circuitelor afective negative” din creier (cum ar fi partea dreaptă a amigdalei) mai mare decât oamenii cu niveluri ridicate de NPY şi au nevoie de mult mai mult timp pentru a reveni la stări cerebrale calme în urma unui eveniment stresant. Aceştia prezintă de asemenea o probabilitate mai mare î) Cercetătorii investighează în prezent dacă administrarea de NPY printr-un spray nazal poate bloca dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic.86 de a avea episoade de depresie majoră-iar asta este total independent de sistemul serotoninergic, domeniul asupra căruia s-au concentrat cercetările neuroştiinţelor în ultimele câteva zeci de ani. Invers, faptul de a avea cantităţi mari de NPY pare să te predispună să te descurci bine în condiţii de stres.

Alte cercetări au descoperit că soldaţii al căror corp este mai reactiv la hormonii de stres sunt mai predispuşi să cedeze sub presiune. Un studiu din 2010 publicat în *The American Journal of Psychiatry* a ajuns la concluzia că soldaţii cu un nivel mai mare de receptori de glucocorticoizi în celulele sangvine prezintă un risc mai mare de a dezvolta TSPT/PTSD în urma luptei.88 Astfel de studii tind să confirme ideea că probabilitatea de a ceda sub presiune este determinată în mare de sensibilitatea relativă a axei hipotalamus-hipofiză-suprarenală: dacă ai o axă HPA hipersensibilă, e mult mai probabil să faci TSPT/PTSD sau o altă tulburare anxioasă în urma unei experienţe traumatice; dacă ai o axă HPA slab reactivă, eşti mult mai rezistent, dacă nu în general imun la TSPT/PTSD. Şi, deşi ştim că sensibilitatea axei HPA este determinată de multe lucruri – de la cât de multă afecţiune ţi-au oferit părinţii la regimul tău alimentar şi la natura traumei –, genele tale constituie un determinant semnificativ. Toate astea sugerează o corelaţie puternică între fiziologia ta determinată genetic şi probabilitatea de a ceda la stres.

Dar dacă rezistenţa la stres este în mare o chestiune care ţine de cantitatea unei anumite neuropeptide sau de

nivelul înnăscut al sensibilităţii HPA, ce fel de rezistenţă e asta?

Eroul şi laşul simt acelaşi lucru, dar eroul se foloseşte de propria frică, o proiectează în adversar, pe când laşul fuge. Frica e aceeaşi, contează cum o foloseşti.

— Cus d'Amato, antrenorul de box al lui Floyd Patterson şi Mike Tyson

Suntem noi, cei cu o axă HPA hipersensibilă, cu un trup predeterminat să tremure ca un şoarece ca reacţie la cea mai mică tulburare, condamnaţi să ezităm în cele mai importante momente? Suntem noi destinaţi, ca Aristodemos cel care tremură şi Roberto Durăn, ruşinii şi umilirii? Suntem sortiţi să fim întotdeauna victime ale zvâcnirilor corpului nostru şi ale emoţiilor noastre nestăpânite?

Nu neapărat. Fiindcă dacă începi să descurci iţele relaţiei dintre anxietate şi performanţă şi dintre rezistenţă şi curaj, acestea se arată mai complicate decât par la prima vedere. Poate că e posibil să fii în acelaşi timp anxios şi eficient, laş și puternic, îngrozit şi erou.

Bill Russell, unul dintre cei mai buni baschetbalişti, a câştigat 11 campionate cu echipa Boston Celtics (mai mult decât oricine în întreaga istorie a tuturor sporturilor americane), a fost selectat de douăsprezece ori în echipa NBA All-Star şi a fost votat de cinci ori cel mai valoros jucător al ligii. Este în general recunoscut drept cel mai bun fundaş și câştigător din vremea lui, dacă nu din toate timpurile. Este singurul atlet din istorie şi din toate sporturile care a câştigat un campionat naţional al colegiilor, o medalie de aur la Olimpiadă şi un campionat profesionist. Nimeni nu ar pune la îndoială rezistenţa lui Russell, calităţile lui de campion sau curajul lui. Şi totuşi, spre uimirea mea, este un om care vomita din cauza anxietăţii înainte de majoritatea meciurilor în care juca. Conform unui calcul, Russell a vomitat înaintea a 1.128 de meciuri între 1956 şi 1969, ceea ce aproape că-l aduce în teritoriul lui Charles Darwin. „[Russell] vomita de fiecare

dată înainte de meci sau la pauză” 89, i-a spus în 1968 colegul său John Havlicek scriitorului George Plimpton. „E un semn bun, fiindcă înseamnă că e pregătit de meci şi noi ne uităm în vestiar unii la alţii, zâmbim şi zicem «Băi, o să ne descurcăm bine în seara asta»”.

Fiind un om cu o tulburare anxioasă, Russell a trebuit să se descurce cu neliniştea care îi făcea burta harcea-parcea. Dar o diferenţă esenţială între Russell şi pacientul anxios obişnuit (desigur, în afară de abilităţile supranaturale de atlet ale lui Russell) este că exista o corelaţie pozitivă între anxietatea şi performanţa lui – şi, astfel, între problemele lui de burtă şi performanţa lui. O dată, în 1960, când antrenorul echipei Celtics a observat cu îngrijorare că Russell încă *nu* vomitase, a ordonat ca încălzirea de dinaintea meciului să fie amânată până după ce Russell va fi vomitat.90 Când Russell a încetat să mai vomite la finalul campionatului din 1963, a suferit una dintre cele mai rele căderi din cariera lui. Din fericire, când au început calificările din următorul an şi a văzut cum se adună mulţimea la primul meci, a simţit că nervii o iau razna şi a reînceput să vomite – după care a intrat pe teren şi a avut cel mai bun joc al campionatului. Pentru Russell, agitaţia intestinală corela cu un joc eficient, chiar îmbunătăţit.1

Nici laşitatea nu este neapărat o piedică în faţa măreţiei. În 1956, Floyd Patterson, în vârstă de 21 de ani, a ajuns cel mai tânăr campion de box la categoria grea. Atunci, într-o serie de meciuri împotriva lui îngemar Johansson între 1959 şi 1961, a devenit primul boxer din istorie care a recâştigat titlul după ce îl pierduse. În anul următor l-a pierdut definitiv într-un meci împotriva lui Sonny Liston, dar a continuat cu intermitenţe să concureze încă zece ani, luptând împotriva lui Liston, Jimmy Ellis şi Muhammad Ali.

Patterson era dur şi feroce şi puternic – timp de câţiva ani, dat fiind că era campion la categoria grea, probabil unul dintre cei mai

*) Desigur, când agitaţia intestinală afectează performanţa, lucrurile se schimbă drastic. Să luăm ca exemplu diferenţa dintre Bill Russell şi Donovan McNabb, fundaşul de la echipa de fotbal american Philadelphia Eagles, din campionatul Super Bowl din 2005. Ca Russell, McNabb era un atlet de elită. Câştigător de şase ori al premiului Pro Bowler şi deţinătorul a aproape tuturor recordurilor de pase din istoria Eagles, McNabb a fost unul dintre cei mai de succes fundaşi de colegiu şi din liga profesionistă din generaţia lui. Totuşi, în ciuda multor victorii în calificări, McNabb, spre deosebire de Russell, nu a câştigat niciodată un campionat – şi de când echipa a pierdut la finala Super Bowl din 2005, a fost hărţuit de afirmaţiile câtorva coechipieri (pe care McNabb le neagă) că vomita în momente esenţiale şi nu era în stare să dea instrucţiuni. (Dezbaterea dacă McNabb vomita sau nu continuă încă după opt ani şi a fost numită „unul dintre marile mistere din istoria sportului” 91). Asta ar însemna că McNabb, cu tot talentul sportiv, era copleşit de presiunea situaţiei şi ceda nervos, că nu avea calităţi de lider şi nici forţa – tăria propriu-zisă a intestinelor – de a-şi controla burta şi de a conduce echipa spre victorie. McNabb nu a mai fost acelaşi de atunci. (Un lucru care confirmă reputaţia lui de om care s-a blocat: performanţa lui McNabb în meciurile cruciale de calificare era semnificativ mai slabă decât în meciurile obişnuite din campionat.) duri şi feroce şi puternici oameni din lume. Dar era totuşi, conform propriei lui relatări, un laş. După ce a fost învins pentru prima oară de Liston, a început să aducă la meciuri tot felul de obiecte cu care să se deghizeze – bărbi, mustăţi false şi pălării – în caz că ar fi cedat nervos şi ar fi vrut să plece din vestiar înainte de luptă sau după, dacă ar fi pierdut. În 1964, scriitorul Gay Talese, care se documenta despre Patterson pentru un articol în revista *Esquire*, l-a întrebat despre obiceiul lui de a fi pregătit să se deghizeze.

— Probabil te întrebi cum ajunge un om să facă

asemenea lucruri92, a spus Patterson. Păi şi eu mă întreb. Şi răspunsul e că nu ştiu [...], dar cred că în mine, în fiecare om există o anumită slăbiciune. E o slăbiciune care apare mai mult când eşti singur. Şi mi-am dat seama că o parte din motivul pentru care fac lucrurile pe care le fac... şi pare că e ceva ce nu pot să înving – *eu însumi* – este pentru că... pentru că... sunt un laş.

Bineînţeles, definiţia dată de Patterson laşităţii poate fi diferită de a mea sau a ta; nu prea e convenţională? Dar arată totuşi că anxietatea dinăuntru poate merge mână în mână cu aparenţa curajului, că slăbiciunea nu este incompatibilă cu puterea.

În cazuri rare, anxietatea poate fi chiar sursa eroismului. În anii ’40, Giuseppe Pardo Roques era liderul comunităţii evreieşti din Pisa, Italia. Era respectat ca ghid spiritual – dar totodată era afectat de o anxietate debilitantă, în special de o fobie copleşitoare de animale. Sperând să-şi învingă anxietatea93, a încercat totul: sedative, „tonifiante” (neuro-stimulatoare), psihanaliză cu unul dintre protejaţi! lui Freud şi – într-un efort pe care îl înţeleg – să citească tot ce putea să găsească, de la Hipocrate la Freud, despre teoria şi ştiinţa fobiilor. Nimic nu a funcţionat; fobia îi domina viaţa. Nu putea să călătorească – de-abia putea să iasă din casă – din cauza fricii iraţionale că ar fi putut să fie atacat de câini. Când îşi făcea curaj să meargă pe stradă obişnuia să agite tot timpul un baston pentru

*) – Când te-ai gândit prima dată că eşti laş? l-a întrebat Talese.

— S-a întâmplat după primul meci cu îngemar, a spus Patterson. În înfrângere se arată omul aşa cum este. Când sunt înfrânt, nu pot să dau ochii cu lumea. Nu am puterea de a le spune oamenilor „Am făcut tot ce-am putut, îmi pare rău” şi fleacuri din astea.

a ţine la distanţă animalele care – se temea el – l-ar fi atacat. Când vecinii şi-au luat un câine, a inventat un motiv pentru care să fie evacuaţi, fiindcă nu suporta ca un animal

să fie atât de aproape de el. Petrecea ore întregi în fiecare zi îndeplinind ritualuri elaborate care aveau scopul de a-l linişti că nu era niciun animal în casa lui. (Astăzi ar fi diagnosticat cu TOC/OCD.)

Roques recunoştea caracterul iraţional al fricii lui, dar nu avea puterea să o depăşească. „E la fel de intensă pe cât este de absurdă", a spus el o dată. „Sunt pierdut. Inima îmi bate repede; fără îndoială că mi se schimbă expresia feţei. Nu mai sunt eu însumi. Panica se amplifică şi frica de frică face frica şi mai intensă. Mă cuprinde un crescendo de suferinţă. Cred că nu mă mai ţin puterile. Caut ajutor; nu ştiu unde să-l găsesc. Mi-e ruşine să cer ajutor, şi totuşi mi-e teamă că frica o să mă omoare. Chiar mor, ca un laş, o mie de morţi".

Silvano Arieti, un tânăr din acea comunitate, era fascinat de Roques. Cum se face, se întreba Arieti, că un om atât de sclipitor şi înţelept ca Roques îşi putea lăsa viaţa să fie condusă de o frică atât de iraţională? Lui Roques îi era frică să călătorească – nu plecase niciodată din Pisa în cei 60 de ani ai săi – şi erau zile în care anxietatea era atât de intensă, încât nu putea nici măcar să iasă din dormitor. Dar – şi asta era atât de fascinant pentru Arieti – Roques se arăta în alte privinţe „un om pe deplin neînfricat, pregătit să-i apere curajos pe cei defavorizaţi, pe cei umili, pe cei aflaţi în suferinţă. […] Frica lui aproape neîncetată era însoţită de un curaj care se putea manifesta oricând". Se descurca cu fricile „reale" şi, de fapt, le sărea curajos în ajutor celor copleşiţi de acestea. Dar faţă de propriile fobii, „cu toată intensitatea lor tragică", era neputincios. Arieti se întreba dacă exista o legătură între tăria morală a lui Roques şi afecţiunea lui psihică.

Mulţi ani mai târziu, după ce s-a mutat în America şi a devenit unul dintre cei mai mari savanţi în domeniul bolilor mintale, Arieti a publicat o carte, *The Parnas*: *A Scenejrom the Holocaust* (*Parnas*: *o scenă din Holocaust*) (1979), în care relatează ce s-a întâmplat la Pisa după ce germanii au ocupat o parte a Italiei. În 1943 şi 1944, când

mai întâi fasciştii şi apoi naziştii au terorizat comunitatea evreiască din Pisa, majoritatea evreilor au fugit. Dar Roques, pe care anxietatea îl împiedica să călătorească, a rămas. „Ideea de a pleca atât de departe de casă, în alt oraş sau la ţară, îmi amplifică anxietatea până devine panică”, le-a spus Roques celor şase prieteni care, din diverse motive, au hotărât să rămână în oraş alături de el. „Ştiu că aceste frici sunt absurde, devenind chiar ridicole, dar este inutil să-mi spun asta. Nu le pot depăşi”. Când discipolii săi au încercat să pună disponibilitatea lui de a suporta bombardamentele şi pe nazişti pe seama curajului sau puterii spirituale, Roques a obiectat. Boala, a spus el, „mi-a îngustat viaţa, ca să nu mai zic de bârfa şi batjocura pe care le-a iscat, şi mi-a umbrit întreaga existenţă. Trăiesc tremurând cu o frică total iraţională de animale, în special de câini. Mi-e frică şi de frica însăşi. […] Dacă nu aş fi simţit permanent frica asta bolnavă, nu aş fi aici; aş fi departe. Ceea ce voi numiţi dar este boală”. Dar faptul că frica lui de câini era mai mare decât frica de bombe şi de nazişti îl făcea să pară curajos.

În dimineaţa zilei de 1 august 1944, naziştii au venit acasă la Roques şi i-au cerut să-i predea pe oamenii care locuiau cu el. A refuzat.

— Nu ţi-e frică de moarte? au întrebat naziştii. O să te omorâm, evreu împuţit.

— Nu mi-e frică, le-a spus.

Şi, potrivit celor care au supravieţuit şi au fost intervievaţi mai târziu de Arieti, Roques nu s-a arătat deloc speriat, chiar dacă ştia că naziştii erau pe cale să-l omoare. În faţa pericolului real, părea să nu-i mai fie frică deloc?

În cartea sa, Arieti construieşte o teorie despre motivul pentru care lucrurile stăteau astfel. Perspectiva lui este că fobia şi dezgustul de animale ale lui Roques erau o deplasare a dezgustului faţă de răul inerent din oameni. Când era mic, Roques a fost fericit şi optimist. Dar în adolescenţă a aflat despre cruciade, Inchiziţie şi nenumărate alte orori la care omul l-a supus pe om de-a

lungul istoriei. Nu a putut suporta asta. Conform teoriei lui Arieti, ca să-şi păstreze iubirea pentru omenire şi credinţa într-o lume paşnică, Roques a proiectat în animale răul din om, preferând să se teamă de animale în loc să renunţe la convingerea că omenirea este fundamental bună. Când, inevitabil.

Giuseppe Pardo Roques nu a fost singurul om din Pisa prins în timpul războiului în capcana propriei anxietăţi. Majoritatea oamenilor plecaseră când bombele au început să cadă şi să transforme părţi întregi ale oraşului în ruine. Însă Pietro, un tânăr care stătea nu departe de Roques, nu putea să se îndepărteze de cartierul în care locuia; nu îl lăsa agorafobia. Aşa că a rămas acasă. Prefera să-i cadă o bombă în cap decât să îndure groaza care îl cuprindea când se îndepărta prea mult de casă. „Frica provocată de nevroză era mai puternică decât frica de pericolele războiului”, observă Arieti.

Pietro a supravieţuit războiului – şi a fost un erou decorat pentru curajul său. După fiecare bombardament alerga la ruine (atâta timp cât erau în cartierul lui) şi îi ajuta să iasă pe oamenii prinşi sub dărâmături. A salvat astfel mai multe vieţi. Numai constrâns de propria fobie a putut să ajute victimele bombardamentelor. „Boala l-a făcut să ajungă erou”, scrie Arieti.

Este evident că pentru cineva care suferă de anxietate simt foarte atrăgătoare poveştile lui Roques şi Pietro, Bill Russell şi Floyd Patterson; în anxietatea lor stă nu doar răscumpărarea, ci şi o sursă a eroismului moral şi, poate, chiar a unui fel ciudat de curaj.

Roques s-a confruntat cu răul sub forma naziştilor, fobia lui de animale a dispărut. Ceea ce, susţine Arieti, oferă anxietăţii sale fobice o calitate aproape spirituală, din moment ce i-a permis să deplaseze repulsia şi anxietatea în fiinţe fără conştiinţă, păstrându-şi astfel iubirea pentru omenire.

„Când tânărul sensibil descoperă aceste lucruri neplăcute [despre răul din om şi pericolele şi greutăţile

existenţei]”, scrie Arieti, „găseşte dificilă confruntarea cu viaţa. Cum poate să aibă încredere, cum poate să iubească sau să menţină o atitudinea iubitoare faţă de semenii săi? S-ar putea să devină suspicios şi paranoic; s-ar putea să se transforme într-o persoană detaşată şi incapabilă de iubire. Dar nu aşa se petrec lucrurile în cazul persoanei fobice. O astfel de persoană îşi păstrează capacitatea de a iubi. De fapt, niciodată în îndelungata mea carieră psihiatrică nu am văzut o persoană care să sufere de fobie şi care să nu fie o persoană iubitoare”. Se pare că ne naştem într-o stare rousseau-istă de inocenţă, dar dacă observăm cu atenţie viaţa şi natura umană trebuie să adoptăm o poziţie defensivă hobbesiană faţă de ravagiile pe care le implică viaţa. Arieti susţine că, prin sublimare, fobia ne transformă oroarea hobbesiană în frici nevrotice şi iraţionale şi ne oferă astfel posibilitatea de a păstra o perspectivă mai inocentă şi mai iubitoare faţă de lume.

Partea a III-a MEDICAMENTE

CAPITOLUL 5

„O mână de enzime”.

Din timpuri imemoriale, [medicamentele] au făcut posibil un anumit nivel de transcendere a sinelui şi o eliberare temporară de tensiune.

— Aldous Huxley, într-o prezentare din 9 mai 1957 în faţa Academiei de Ştiinţe din New York

*Agitaţia, căscatul şi frisonul dispar dacă se bea vin amest*ecat în *părţi egale cu apă*.

— Hipocrate, *Aforisme* (secolul al IV-lea î.Hr.) a înainte de lansarea primei mele cărţi, în primăvara anului 2004, editorul meu a organizat un turneu modest de publicitate care implica participarea la emisiuni de televiziune şi radio şi lecturi publice şi prezentări în librării în toată ţara. Asta ar fi trebuit să fie o perspectivă încântătoare – şansa de a-mi promova cartea, de a călători pe banii altcuiva, de a intra în legătură cu cititorii, de a ajunge la un fel de celebritate temporară de doi bani. Dar nu pot pune în cuvinte groaza intensă pe care acest turneu

a stârnit-o în mine.

Disperat, am căutat ajutor în mai multe locuri. Mai întâi am fost la un eminent psihofarmacolog de la Harvard, care-mi fusese recomandat de psihiatrul meu cu un an înainte.

— Ai o tulburare anxioasă, mi-a spus psihofarmacologul la prima consultaţie, după ce a evaluat istoricul meu medical. Din fericire, este foarte tratabilă. Trebuie doar să găsim medicamentele potrivite pentru tine.

Când am ridicat obiecţiile mele standard faţă de faptul de a mă baza pe medicamente (îngrijorări legate de efectele secundare, a) Vezi Hipocrate, *Texte alese*: *Epidemiile*, *Aforismele*, *Despre aer*, *ape şi locuri*, *Despre fracturi*, trad. de C. Săndulescu, Editura Medicală, Bucureşti, 1960, p. 108 (n.tr.).

dependenţă, disconfortul provocat de ideea că pastilele ar putea să-mi afecteze mintea şi să-mi schimbe identitatea), el a apelat la clişeul – convingător totuşi – argumentului asemănării cu diabetul, care zice cam aşa: „Anxietatea ta are o bază biologică, fiziologică şi genetică; este o afecţiune medicală, ca diabetul. Dacă ai fi diabetic, nu ai ezita să iei insulină, nu? Şi nu ai considera diabetul un neajuns moral, nu?” Am auzit de-a lungul anilor de la mai mulţi psihiatri numeroase versiuni ale acestui discurs. Încercam să rezist propunerii de a lua medicamentul care se întâmpla să fie cel mai nou, convins că această rezistenţă era cumva nobilă sau morală, că faptul de a mă baza pe medicamente era o dovadă de slăbiciune de caracter, că anxietatea mea era un element integral şi esenţial al identităţii mele şi că exista valoare în suferinţă – până când, inevitabil, anxietatea devenea atât de acută, încât ajungeam dispus să încerc orice, inclusiv noul medicament. Aşa că, la fel ca de obicei, am capitulat şi, sub ameninţarea turneului, am început să iau benzodiazepine (Xanax în timpul zilei, Klonopin seara) şi am crescut doza de Celexa, antidepresivul ISRS/SSRI pe

care îl luam deja.

Dar, chiar şi îndopat cu medicamente, mi-era în continuare groază de turneul care se apropia, aşa că m-am dus şi la un psiholog tânăr, însă foarte bine văzut, pregătit la Stanford, specializat în terapia cognitiv-comportamentală.

— Primul lucru pe care trebuie să-l facem, a spus ea într-una din primele şedinţe, este să te scoatem de pe pastile.

Câteva şedinţe mai târziu s-a oferit să-mi ia Xanaxul şi să-l încuie într-un sertar din biroul ei. A deschis sertarul să-mi arate flacoanele depozitate acolo de alţi pacienţi de-ai ei, ridicând unul şi agitându-l în aer pentru efect. Medicamentele, a spus ea, erau o cârjă care mă împiedica să resimt cu adevărat anxietatea şi să mă confrunt cu ea; dacă nu mă expuneam la experienţa brută a anxietăţii, nu aveam să aflu niciodată că-i puteam face faţă singur.

Ştiam că avea dreptate. Terapia prin expunere se bazează pe trăirea deplină a anxietăţii, lucru dificil dacă iei medicamente anxiolitice. Dar sub ameninţarea turneului, mă temeam că, de fapt, s-ar putea să *nu-i* pot face faţă.

M-am întors la psihofarmacologul de la Harvard (să-i spunem dr. Harvard) şi i-am descris traseul propus de psihologul de la Stanford (să-i spunem dr. Stanford).

— E decizia ta, a spus el. Poţi să încerci să renunţi la medicamente. Dar este evident că anxietatea este atât de înrădăcinată în biologia ta, încât e provocată până şi de un stres minor. Doar medicamentele pot controla reacţia ta biologică. Şi este foarte probabil că anxietatea ta este atât de acută, încât singurul mod în care ai putea ajunge în punctul în care orice fel de terapie comportamentală ar începe să fie eficientă este să potoleşti simptomele fizice cu medicamente.

— Dacă ajung dependent de Xanax şi trebuie să-l iau toată viaţa? am întrebat.

Benzodiazepinele sunt celebre pentru provocarea dependenţei. Renunţarea prea bruscă poate provoca efecte

secundare oribile.

— Şi ce dacă? a spus el. Am o pacientă care o să vină azi după-amiază şi care îl ia de douăzeci de ani. N-ar putea să trăiască fără asta.

La următoarea şedinţă cu dr. Stanford i-am spus că mă temeam să renunţ la Xanax şi că eram de acord cu ce îmi spusese dr. Harvard. A avut o expresie de parcă aş fi trădat-o. O clipă mi-a trecut prin minte că s-ar putea să înceapă să plângă. După aceea nu i-am mai spus de vizitele pe care i le făceam dr. Harvard. Consultaţiile cu el păreau ilicite.

Dr. Stanford era mai plăcută şi era mai agreabil să vorbeşti cu ea decât cu dr. Harvard; încerca să înţeleagă ce-mi provoca anxietatea şi părea să-i pese de mine ca personalitate individuală. Spre deosebire de ea, dr. Harvard părea să mă vadă ca pe un tip – un pacient anxios – care trebuie tratat cu o soluţie valabilă pentru toţi: medicamente. Într-o zi am citit în ziar că trata la grădina zoologică o gorilă deprimată. Ce tratament alesese dr. Harvard pentru gorila cu pricina? Celexa, acelaşi ISRS/SSRI pentru care îmi dăduse şi mie o reţetă.

Nu pot spune cu certitudine dacă medicamentul a funcţionat pentru gorilă. Conform relatării, a funcţionat.1 Dar putea exista o dovadă mai temeinică a faptului că tratamentul aplicat de dr. Harvard era exclusiv biologic? Pentru el, conţinutul oricărei suferinţe psihice – şi cu siguranţă sensul acesteia – conta mai puţin decât aspectele ei concrete: o astfel de suferinţă, la om sau la altă primată, este o defecţiune medico-biologică tratabilă cu medicamente.

Ce era de făcut? Dr. Harvard îmi spunea că, asemenea gorilei, sufeream de o problemă medicală pentru care aveam nevoie de intervenţie farmaceutică. Dr. Stanford îmi spunea că problema mea nu era în esenţă biologică, ci cognitivă: dacă aş fi reuşit doar să corectez disfuncţiile modului în care gândeam (prin forţa voinţei, reînvăţare cognitivă şi expunere directă la cele mai mari

frici ale mele), anxietatea mea ar fi scăzut. Dar, spunea dr. Stanford, medicamentele pe care le luam îmi afectau capacitatea de a rezolva eficient aceste disfuncţii.1

Am tot încercat să renunţ la Klonopin şi Xanax, ca să-mi iasă reînvăţarea cognitivă, şi uneori chiar am avut mici reuşite – doar ca să fiu din nou copleşit de anxietate şi să mă scotocesc necăjit prin buzunare după Xanax. Oricât mi-aş fi dorit să mă vindec reparând modul în care gândeam sau atingând pacea spirituală sau învăţând pur şi simplu metode de *coping*, se părea că nu reuşeam decât să ajung ca gorila deprimată, având nevoie de ajustări artificiale ale neurotransmiţătorilor care să-mi repare creierul anxios şi defect.

Prin atenuarea influenţei perturbatoare a anxietăţii asupra minţii, tranchilizantele deschid calea unei utilizări mai eficiente şi mai bine coordonate a lucrurilor bune care există deja. Ele contribuie astfel la fericire, la atingerea potenţialului şi la demnitatea umană.

— Frank Berger, „Anxiety and the Discovery of Tranquilizers" C, Anxietatea şi descoperirea tranchilizantelor"), în *Discoveries* în *Biological Psychiatry* (1970)

9 De fapt, dr. Stanford a fost la rândul ei de acord că anxietatea mea avea o componentă biologică semnificativă; punctul ei de vedere era că biologia poate fi învinsă prin reînvăţare cognitivă. Şi cercetările chiar arată că reînvăţarea cognitivă, precum şi alte forme de psihoterapie pot *să* modificebiologia în acelaşi mod în care o fac medicamentele, uneori mai profund şi mai durabil – o manifestare propriu-zisă a puterii minţii asupra materiei. *În ce măsură ar fi modificată cultura occidentală de utilizarea pe scară largă a tranchilizantelor*? *Ar dispărea iniţiativă yankee*? *Este negativă amorţirea chimică a anxietăţii*?

— Stanley Yolles, directorul Institutului de Sănătate Mintală, într-o declaraţie în faţa Comitetului pentru întreprinderi Mici din cadrul Senatului American, mai

1967

Sigmund Freud, părintele psihanalizei, apela adesea la medicamente pentru gestionarea propriei anxietăţi. Şase dintre primele sale articole ştiinţifice au fost realizate cu ajutorul cocainei, pe care a folosit-o regulat cel puţin zece ani, începând cu perioada 1880 – 1890. „În timpul ultimei depresii grave am luat din nou cocainã”, îi scria soţiei sale în 1884, „şi o doză mică m-a revigorat într-un mod minunat. Chiar acum mă documentez pentru un cântec de laudă adus acestei substanţe magice” 2. Avea convingerea că cercetarea asupra proprietăţilor medicinale ale drogului l-ar face celebru. Considerând că drogul nu e mai adictiv decât cafeaua, l-a prescris pentru el însuşi şi pentru alţii ca tratament pentru orice, de la tensiunea nervoasă şi melancolie la indigestie şi dependenţă de morfină. Freud numea cocaina un „medicament magic”: „Iau regulat doze mici împotriva depresiei şi indigestiei, şi asta funcţionează de minune” 3. Lua cocainã şi pentru ameliorarea anxietăţii sale sociale, înainte de a participa la întrunirile de salon găzduite la Paris de mentorul său, Jean-Martin Charcot? Entuziasmul lui Freud a început să scadă abia după ce i l-a prescris unui prieten apropiat care a ajuns dependent în mod fatal de acest drog. Dar până atunci propria experienţă cu cocaina îi consolidase deja convingerea că unele boli mintale au o bază fizică în creier. Este o ironie a istoriei medicale că, deşi ultimele sale cercetări l-au făcut pe Freud părintele psihoterapie! psihodinamice moderne, bazată în general pe ideea că originea bolii mintale este constituită din conflicte inconştiente, articolele sale despre cocainã îl fac unul

De asemenea, după cum el însuşi recunoştea, Freud era dependent de nicotină, fumând în cea mai mare parte a vieţii 20 de trabucuri pe zi sau chiar mai multe, obicei care i-a provocat cancer oral la 60 şi ceva de ani. dintre părinţii psihiatriei biologice, a cărei concepţie generală este că suferinţa psihică e cauzată în parte de disfuncţii fizice sau

chimice care pot fi tratate cu medicamente.4

O mare parte din istoria psihofarmacologiei moderne are aceeaşi caracteristică ad-hoc pe care au avut-o experimentele lui Freud cu cocaina. În ultimii 60 de ani, fiecare categorie de anxiolitice şi antidepresive care au im rol comercial important a fost descoperită întâmplător sau a fost iniţial dezvoltată pentru ceva fără nicio legătură cu anxietatea sau depresia: pentru tratamentul tuberculozei, pentru starea de şoc care poate apărea în timpul operaţiilor chirurgicale, pentru alergii; ca insecticid, conservant de penicilină, vopsea industrială, dezinfectant, combustibil de rachete.

Totuşi, în ciuda caracterului întâmplător, istoria recentă a psihofarmacologiei a modelat înţelegerea modernă a bolii mintale. Să nu uităm că nici „anxietatea”, nici „depresia” – doi termeni care astăzi sunt o parte integrantă şi a limbajului medical, şi a celui popular – nu au existat ca entitate clinică în urmă cu o jumătate de secol. Înainte de anii ’20, nimeni nu fusese vreodată diagnosticat cu depresie; înainte de anii ’50, de-abia dacă erau câţiva oameni diagnosticaţi cu anxietate propriu-zisă.

Ce s-a schimbat? Un răspuns este că industria farmaceutică de fapt a creat aceste categorii clinice. Ceea ce a început ca ţintă a campaniilor de marketing a fost în cele din urmă reificat ca boală.

Nu vreau să sugerez prin asta că înainte de anii ’50 oamenii nu erau „anxioşi” sau „deprimaţi” în acelaşi mod în care înţelegem astăzi aceste cuvinte. Dintotdeauna unii oameni s-au simţit o parte din timp patologic de nefericiţi şi speriaţi. Aşa s-a întâmplat milenii întregi înainte ca termenii „anxietate” şi „depresie” să devină comuni ca descriere a unor stări afective şi tulburări clinice. („Lacrimile lumii sunt imuabile”, după cum a spus Samuel Beckett.) a Dar până la jumătatea secolului trecut, când au fost create noi medicamente în scopul ameliorării acestor stări a) Vezi Samuel Beckett, *Aşteptându-l pe Godot*, trad. de Gellu Naum, Editura Univers şi Teatrul Naţional LL.

Caragiale, Bucureşti, 1970, p. 30 (n.tr.). afective, astfel de stări nu au fost delimitate ca „boli” în modul în care le înţelegem astăzi.

Înainte de 1906, când Administraţia pentru Alimente şi Medicamente (Food and Drug Administration – FDA), pe atunci abia înfiinţată, a început să le impună producătorilor de medicamente să afişeze ingredientele produselor, consumatorii nu-şi dădeau seama că, luând unele dintre cele mai populare remedii anxiolitice ale vremii – cum ar fi Neurosine sau Dr. Miles’s Nervine (despre care reclama spunea că este „remediul ştiinţific pentru tulburări nervoase”) sau Wheeler’s Nerve Vitalizers sau Rexall’s Americanitis Elixir –, ingerau de fapt alcool sau marijuana sau opiu. i5 în 1897, Bayer, compania germană producătoare de medicamente, a lansat pe piaţă diacetilmorfina, un compus care a fost utilizat pe scară largă pe câmpul de luptă în Războiul Civil din SUA şi în Războiul Franco-Prusac ca analgezic şi antitusiv. Acest nou medicament – sub denumirea comercială de Heroin – a fost disponibil fără reţetă în farmaciile americane până în 1914. h Ediţia din 1899 a *The Merck Manual*, atunci, ca şi acum, un respectat compendiu de informaţii medicale de ultimă oră, recomanda opiul ca tratament standard pentru anxietate.7

Încrederea senină cu care *The Merck* Manual precum şi fiecare medic şi farmacist de atunci – recomanda cu atâta uşurinţă medicamente despre care ştim astăzi că provoacă dependenţă, că sunt nesănătoase sau inutile ne face să ne întrebăm dacă ar trebui să ne bazăm pe încrederea la fel de senină a medicilor şi a manualelor de astăzi. Da, cercetările şi clinicienii din prezent sunt înarmaţi cu informaţii care provin din studii controlate şi descoperiri bazate pe evaluări neuroimagistice şi pe analize de sânge, şi sunt susţinuţi – sau împiedicaţi, în funcţie de cum privim lucrurile – de o FDA care impune ani întregi de teste pe animale şi dovezi clinice înainte de a aproba punerea pe piaţă a unui medicament Dar peste o

sută de ani s-ar putea ca istoricii medicinei să fie iarăşi uimiţi de cât de multe substanţe adictive, toxice sau inutile consumăm astăzi în cantităţi atât de mari.

În prima jumătate a secolului XX, barbituricele erau cel mai popular remediu pentru tensiunea nervoasă. Sintetizat prima dată în 1864 de un chimist german care a combinat uree obţinută prin condens (din exerciţii de animale) cu dietil malonat (derivat al acidului din mere), acidul barbituric nu părea iniţial să aibă vreo utilizare. Dar în 1903, când cercetătorii de la Bayer au administrat acid barbituric unor câini, câinii au adormit. După câteva luni, Bayer vindea barbital, primul barbituric pus pe piaţă. (Bayer a denumit medicamentul Veronal, pentru că unul dintre cercetătorii de acolo considera oraşul italian Verona drept cel mai liniştit loc din lume.) în 1911, compania a lansat un barbituric cu acţiune pe termen mai lung, fenobarbital, care avea denumirea comercială Luminai şi care va ajunge cel mai popular medicament din această categorie. Până în anii ’30, barbituricele înlocuiseră aproape definitiv substanţele folosite la sfârşitul secolului al XIX-lea – cloralhidratul şi bromurile, precum şi opiul – ca tratament preferenţial pentru „problemele de nervi” 1.

Bromura de potasiu, un compus introdus în 1857 în cadrul unei conferinţe medicale britanice, se folosea iniţial ca medicament anticonvulsiv şi, la sfârşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului XX, a fost utilizat pe scară largă ca sedativ. În cele din urmă, toxicitatea şi efectele secundare ale în 1906 erau atât de mulţi americani care consumau sau care luau supradoze de Veronal, încât *The New York* Times publica editoriale împotriva prescrierii exagerate a unor astfel de „remedii rapide” 8, însă fără rezultate notabile: în anii ’30, *The Merck Manual* încă recomanda Veronalul pentru tratamentul „tensiunii nervoase extreme, neurasteniei, ipohondriei, melancoliei” şi al altor „afecţiuni anxioase” 9. Veronalul şi Luminalulvândute ca „aspirină pentru minte” – au dominat zeci de ani ceea ce am numi astăzi piaţa de anxiolitice.

Până în 1947, peste treizeci de tipuri de barbiturice erau vândute în SUA sub denumiri comerciale diferite; cele mai comune erau Amytal (amobarbital), Nembutal (pentobarbital) şi Seconal (secobarbital). Dat fiind că „anxietatea" şi „depresia" încă nu existau oficial, barbituricele erau prescrise pentru „nervi" (sau „probleme de nervi"), „tensiune" şi insomnie.

Dar barbituricele aveau două mari dezavantaje: erau foarte adictive şi supradozele accidentale erau frecvente şi, adesea, fatale. În 1950 cel puţin 1.000 de americani au luat o supradoză letală de barbiturice. (Printre alţii, străbunica mea şi Marilyn Monroe au făcut acelaşi lucru în anii '60.) în 1951, *The New York Times* numea barbituricele „o ameninţare mai mare la adresa societăţii decât heroina sau morfina" 10 şi afirma că „doamna care consideră că pilula roz este la fel de necesară ca spălatul pe dinţi înainte de culcare, omul de afaceri tensionat care ia o capsulă albă pentru a-şi linişti nervii înaintea unei conferinţe importante, bromurilor, variind de la gust amar şi acnee la ameţeală, greaţă intensă şi vărsături, au dus la abandonarea acestora (astăzi sunt folosite aproape exclusiv în medicina veterinară, în cazul câinilor şi pisicilor cu epilepsie), dar utilizarea lor a fost atât de răspândită, încât cuvântul „bromură" a ajuns să desemneze şi platitudine soporifică. Cloralhidratul, un agent narcotic, sintetizat pentru prima dată în 183 2, a fost adăugat în trusa de substanţe psihotrope a medicilor după ce Otto Liebrich, profesor de psihofarmacologie la Berlin, a administrat această substanţă pacienţilor melancolici şi a observat că le ameliora insomnia. O sută de ani mai târziu, străbunicul meu a primit reţete de cloralhidrat pentru tensiune şi insomnie. (Cloralhidratul era şi unul dintre agenţii activi, alături de alcool, din Mickey Finn, băutură contrafăcută de contrabandişti în timpul marii crize economice.)

studentul care înghite un tranchilizant pentru a trece uşor un examen şi actorul care ia un sedativ pentru a-şi

spori încrederea în sine sunt cu toţii conştienţi că utilizarea excesivă a barbituricelor «nu e bună», dar nu ştiu cât sunt de periculoase”.

Ai putea crede că un astfel de consum masiv de barbiturice ar determina companiile producătoare de medicamente să dezvolte remedii mai noi şi mai bune. Dar când Frank Berger, cercetător la Wallace Laboratories, companie subsidiară a Carter Products, le-a propus directorilor mai multor companii un nou medicament anxiolitic pe care îl sintetizase la sfârşitul anilor ’40, aceştia nu s-au arătat interesaţi.11 în primul rând, susţineau ei, terapia anxietăţii ar fi trebuit să se axeze pe problemele psihologice sau conflictele personale nerezolvate, nu pe biologie sau chimie – distincţie care pare desuetă din perspectiva psihiatriei biologice moderne. În afară de asta, medicamentele psihoactive nu se încadrau în domeniul comercial obişnuit al companiei Carter, care consta în lucruri ca laxative (Carter’s Little Liver Pills) (Pastiluţele de ficat produse de Carter), deodorant (Arrid) şi cremă depilatoare (Nair).

Berger a descoperit cu totul întâmplător proprietăţile anxiolitice ale noii substanţe. Născut în 1913 în ceea ce astăzi este Republica Cehă, Berger, după ce a obţinut doctoratul la Universitatea din Praga, a coordonat cercetări de imunologie care au demonstrat că era un promiţător om de ştiinţă. Dar când Hitler a anexat Austria şi părea hotărât să revendice Cehoslovacia, Berger, care era evreu, a fugit la Londra.

Fără să poată găsi aici de lucru, Berger şi soţia lui au ajuns oameni fără adăpost, dormind pe bănci din parc şi mâncând la cantine pentru săraci. În cele din urmă, Berger a obţinut o slujbă ca medic într-o tabără de refugiaţi, unde a învăţat engleză, după care a devenit cercetător în domeniul antibioticelor la Laboratorul pentru Sănătate Publică din apropiere de Leeds.

Până în 1941 se demonstrase că penicilina era un tratament eficient al infecţiilor bacteriene. Însă

producerea şi conservarea penicilinei în cantităţi suficient de mari pentru a putea fi folosită împotriva infecţiilor din rândul soldaţilor Alianţei s-au dovedit complicate. „Mucegaiul e capricios ca o soprană” 12, se plângea directorul unei companii farmaceutice. Aşa că Berger, alături de sute de alţi oameni de ştiinţă, a început să lucreze la descoperirea unor tehnici mai bune de obţinere şi purificare a acestui antibiotic revoluţionar. Cea mai însemnată reuşită a lui a fost dezvoltarea unei metode de conservare a mucegaiului pentru a putea fi distribuit în zone mai îndepărtate. După ce cercetarea sa a fost publicată în reviste ştiinţifice renumite, o companie farmaceutică britanică i-a oferit un post înalt acestui chimist care fusese odinioară o persoană fără adăpost.

Unul dintre conservanţii penicilinei testaţi de Berger era un compus numit mefenesină, pe care îl sintetizase prin modificarea unui dezinfectant disponibil pe piaţă. Când a injectat şoareci cu mefenesină pentru a testa toxicitatea substanţei, Berger a observat ceva ce nu mai văzuse niciodată până atunci: „Compusul a avut un efect de liniştire a comportamentului animalelor” 13.

Berger descoperise, în mare parte întâmplător, prima substanţă dintr-o clasă nouă şi revoluţionară de medicamente. Când s-a constatat că mefenesină are un efect calmant asemănător asupra oamenilor, compania Squibb Corporation, recunoscând oportunitatea comercială, a început să distribuie mefenesină ca sedativ administrat înaintea operaţiilor chirurgicale. Vândut sub denumirea comercială Tolserol, până în 1949 mefenesină ajunsese unul dintre cele mai prescrise medicamente produse de Squibb.

Dar, sub formă de pilulă, efectul mefenesinei nu era foarte puternic şi nu dura mult. Berger şi-a propus să dezvolte o formă mai eficientă. În vara anului 1949 a acceptat postul de preşedinte şi director medical la filiala din New Brunswick, New Jersey, a companiei Cartefs Wallace Labs. Aici, Berger şi echipa lui au început să

sintetizeze şi să testeze compuşi care s-ar fi dovedit mai eficienţi decât mefenesină. În cele din urmă au identificat 12 (din aproape 500 de compuşi) care păreau promiţători; după mai multe experimente pe animale, au scurtat lista la patru, apoi la unul singur, numit meprobamat, pe care l-au patentat în iulie 1950. Echipa lui Berger descoperise că meprobamatul avea un efect relaxant în cazul şoarecilor. Efectul asupra maimuţelor era şi mai intens.

— Aveam vreo 20 de maimuţe rhesus şi macaci, îi va spune mai târziu Berger istoricului medical Andrea Tone. Sunt rele şi trebuie să porţi mănuşi groase şi mască de protecţie când interacţionezi cu ele.14

Dar după ce li s-a injectat meprobamat au devenit „nişte maimuţe foarte drăguţe – prietenoase şi atente”. Testări ulterioare au demonstrat că meprobamatul are un efect mai durabil decât mefenesina şi este mai puţin toxic decât barbituricele.

Tot atunci, două noi articole din reviste medicale prestigioase au prezentat primele rapoarte asupra efectelor terapeutice ale mefenesinei – care, să nu uităm, erau mai puţin intense decât ale meprobamatului. Unul din studii, realizat de medici de la Universitatea din Oregon, a descoperit că, după ce mefenesina a fost administrată unui număr de 124 de pacienţi care solicitaseră tratament pentru ceea ce medicii lor numeau „stări de tensiune anxioasă”, peste jumătate au resimţit o reducere semnificativă a anxietăţii – ajungând să arate, în formularea cercetătorilor, ca „nişte indivizi relaxaţi şi liniştiţi” 15. Alte rapoarte oferite de spitalele psihiatrice prezentau rezultate similare. Curând, primele studii la scară mică asupra meprobamatului descopereau acelaşi lucru: medicamentul reducea considerabil ceea ce medicii de atunci tindeau să numească „tensiune”.

Aceste studii au fost printre primele care au evaluat într-un mod sistematic efectele unui medicament asupra stării mintale a fiinţelor umane. Astăzi, când în fiecare lună sunt publicate în ziare şi reviste medicale zeci de studii

controlate şi randomizate asupra eficienţei unor medicamente psihotrope, acest tip de cercetare pare de rutină. Dar la mijlocul secolului trecut, concepţia că medicamentele psihiatrice puteau fi prescrise pe scară largă şi în siguranţă – ca să nu mai vorbim de evaluarea ştiinţifică a acestora – era nouă.

De fapt, era atât de nouă, încât directorii de la Carter nu credeau că există o piaţă pentru un astfel de medicament. Au apelat la o companie de sondare a pieţei care a întrebat 200 de medici primari dacă ar fi dispuşi să prescrie o pastilă care i-ar ajuta pe pacienţi să înfrunte stresul vieţii de zi cu zi – şi marea majoritatea au spus că nu ar face asta. Nemulţumit, Berger a continuat de unul singur şi le-a trimis pilule de meprobamat pentru testare unor psihiatri pe care îi cunoştea, unul în New Jersey şi celălalt în Florida. Psihiatrul din New Jersey a răspuns că meprobamatul i-a ajutat pe 78% dintre pacienţii lui care sufereau de ceea ce am numi astăzi tulburări anxioase – erau mai sociabili, dormeau mai bine şi, în unele cazuri, au reînceput să muncească după o perioadă în care nu putuseră să iasă din casă.16 Psihiatrul din Florida a oferit medicamentul unui număr de 187 de pacienţi şi a descoperit că 95% dintre cei cu „tensiune” au resimţit ameliorări sau şi-au revenit.17

— Când am venit aici prima dată nici măcar nu puteam să ascult radioul. Credeam că înnebunesc, a spus una dintre pacientele psihiatrului din Florida după câteva luni de meprobamat. Acum mă duc la meciuri de fotbal şi la spectacole şi chiar mă uit la televizor. Soţului meu nu-i vine să creadă cât sunt de relaxată.

Berger i-a arătat aceste rezultate – pe care *The Journal* of the *American Medical Association* avea să le publice în aprilie 1955 – lui Henry Hoyt, preşedintele companiei Carter Products, care a fost în sfârşit de acord să prezinte meprobamatul comisiei FDA pentru a obţine aprobarea. La Carter exista obiceiul ca produsele să fie numite după oraşe din vecinătate, aşa că în cadrul

companiei meprobamatul a primit numele de Milltown, după un sat situat la vreo cinci kilometri de laboratorul lui Berger şi pe care un ghid de călătorii îl numea „sătucul liniştit Milltown”. Dat fiind că numele localităţilor nu pot fi marcă înregistrată, Hoyt a renunţat la un / şi, când pastila a intrat pe piaţă în mai 1955, meprobamatul se numea Miltown.

În 1955, barbituricele erau încă cele mai comune medicamente anxiolitice; se vindeau ca sedative şi dominaseră zeci de ani rafturile farmaciilor. Fiindcă acestea se vindeau cel mai bine, Berger intenţiona ca şi Miltown să se vândă ca sedativ. Dar într-o seară, când lua cina în Manhattan cu prietenul său Nathan Kline, director de cercetare la Spitalul Rockland State, acesta l-a sfătuit să nu facă aşa ceva.

— Eşti nebun, a spus Kline. Lumea n-are nevoie de sedative noi. Are nevoie de un tranchilizant. Lumea asta are nevoie de linişte. De ce nu-l numeşti tranchilizant? O să vinzi de zece ori mai mult.18

Din astfel de întâmplări – un efect secundar neaşteptat al unui conservant de penicilină, o remarcă spusă în treacăt la cină – este alcătuită istoria psihofarmacologiei.

Miltown a fost lansat pe piaţă fără zarvă la 9 mai 1955. Vânzările Carter Products pentru acest medicament au fost de doar 7.500$ în fiecare din primele două luni după ce a ajuns pe rafturi.19 Dar vânzările acestui compus – prezentat ca fiind eficient pentru „anxietate, tensiune şi stres psihic” – au crescut curând. În decembrie, americanii au cumpărat Miltown în valoare de 500.000 $ – şi nu a trecut mult până când au început să cheltuiască zeci de milioane de dolari pe an pentru reţete Miltown.20

În 1956, medicamentul a devenit un fenomen cultural. Vedetele de cinema şi alte celebrităţi aduceau osanale noului tranchilizant. „Dacă e ceva de care industria filmului are nevoie, atunci e de puţină linişte”, declara editorialistul unui ziar din Los Angeles. „Odată ce-

ai ajuns «cineva» în oraşul filmelor, eşti cufundat până la genunchi în tensiune şi stres mental şi emoţional. Anxietatea provocată de încercarea de a ajunge în vârf este înlocuită de anxietatea de-a nu şti câtă vreme vei rămâne acolo. Aşa că şi actorii mari, şi cei mici îşi umplu flacoanele cu pilula asta". 21 Asistenta lui Lucille Ball avea pe platoul filmului *I Love Lucy* o rezervă de Miltown care să o ajute pe actriţă să se calmeze după certurile cu soţul ei, Deşi Amaz.22 Tennessee Williams a spus într-un interviu acordat unei reviste că a avut nevoie de „Miltown, lichior şi înot" 23 ca să facă faţă stresului de a scrie şi a produce filmul *Noaptea iguanei*. Actriţa Tallulah Bankhead a glumit că trebuia să plătească taxe în New Jersey, unde se afla Wallace Labs, pentru că lua atât de multe Miltown.24 Jimmy Durante şi Jerry Lewis lăudau public medicamentul la emisiunile de televiziune. Actorul de comedie Milton Berle îşi începea monologurile la emisiunea de marţi seara de la televizor cu „Salut, sunt Miltown Berle" 25.

Cu atât de mulţi reprezentanţi proeminenţi, popularitatea medicamentului Miltown s-a răspândit la nivel naţional. Revistele scriau despre „pastilele fericii" şi „medicamentele liniştii sufleteşti" şi „fericire pe reţetă". Gala Dalí, soţia pictorului suprarealist Salvador Dalí, era atât de amatoare de Miltown, încât a convins Carter Products să comande de la soţul ei o lucrare de artă pentru Miltown în valoare de 100.000 de dolari.126 Aldous Huxley – în cazul căruia, dată fiind distopia înceţoşată de droguri pe care a construit-o în *Minunata lume nouă*, te-ai fi putut aştepta să fie o Cassandra într-o astfel de privinţă – propovăduia că meprobamatul era „mai important, mai revoluţionar decât descoperirile recente din domeniul fizicii nucleare".

La 18 luni după introducerea sa pe piaţă, Miltown devenise medicamentul cel mai prescris şi – poate cu excepţia aspirinei – cel mai consumat din toată istoria. îl luau cel puţin 5% dintre americani. „Pentru prima dată în

istorie”, va observa mai târziu neurologul Richard Restak, „părea posibil tratamentul anxietăţii în cadrul comunităţii generale” 27.

Miltown a contribuit enorm la transformarea concepţiei noastre despre anxietate. Înainte de 1955, nu existau tranchilizante – nu era niciun medicament care să trateze anxietatea *per* se (Cuvântul englezesc *tranquilizera* fost folosit pentru prima dată de Benjamin Rush, medic şi semnatar al Declaraţiei de Independenţă, care a utilizat termenul ca să descrie un scaun pe care îl inventase pentru imobilizarea pacienţilor psihotici.) însă în câţiva ani farmaciile americane erau pline de zeci de tipuri de tranchilizante şi companiile cheltuiau sute de milioane de dolari în scopul dezvoltării altora.

Încrederea psihiatrilor în noile medicamente ar putea părea excesivă. Într-o declaraţie din 1957 în faţa Congresului, Nathan Kline, prietenul lui Frank Berger, s-a arătat entuziasmat că apariţia

O *Crisalida*, un tunel de două tone şi jumătate care se ondula, avea rolul de a simboliza trecerea cu ajutorul Miltown către ceea ce pictorul numea „nirvāṇa sufletului omenesc” şi a fost expus în sala de expoziţii la întrunirea anuală a Asociaţiei Medicale Anuale din 1958, cu siguranţă una dintre cele mai avangardiste opere care a împodobit vreodată un congres medical.

medicamentelor psihiatrice poate avea „o importanţă mult mai mare în istoria omenirii decât bomba atomică, din moment ce, dacă aceste medicamente oferă soluţia mult aşteptată care va dezvălui misterele relaţiei dintre alcătuirea chimică a omului şi comportamentul său psihologic, vor oferi mijloace eficiente de corectare a nevoilor patologice şi astfel nu va mai fi necesară transformarea energiei nucleare în putere distructivă”. 28 Kline i-a spus unui jurnalist de la *Business Week* că meprobamatul era bun deopotrivă pentru productivitatea economică (fiindcă restaura „întreaga eficienţă a directorilor”) şi pentru creativitatea artistică (fiindcă

ajuta scriitorii şi artiştii să evadeze din propriile nevroze şi să depăşească „blocajele mentale”).29 Această viziune utopică a unei vieţi mai bune cu ajutorul chimiei se poate să fi fost exagerată, însă era foarte răspândită. Până în anii ’60, aproximativ 75% dintre medicii din America prescriau Miltown.30 Tratamentul anxietăţii începuse să migreze de pe divanul psihanalistului spre cabinetul medicului de familie. Curând, încercările de rezolvare a conflictelor dintre sine [soţ şi supraeu erau înlocuite de efortul de a recalibra neurochimia cerebrală.

Probabil că minusurile descrierii noastre [a minţii] ar dispărea dacă am putea înlocui termenii psihologiei prin termeni din domeniul fiziologiei sau al chimiei.

— Sigmund Freudjense/Ys *des Lustorinzips* (1920) a

Insulină pentru persoanele care suferă de nervi.

— Descrierea psihiatrului francez Jean Sigwald a noului medicament Clorpromazină (Thorazine), 1953

În acea perioadă în Franţa avea loc o serie de descoperiri farmacologice ale căror consecinţe medicale şi culturale vor fi poate şi mai însemnate decât cele aduse de Miltown.

a) Vezi şi Sigmund Freud, *Dincolo de principiul plăcerii*, în *Opere esenţiale*, vol. 3, trad. de George Purdea şi Vasile Dem. Zamfirescu, Editura Trei, Bucureşti, 2017, p. 281 (n.tr.).

În 1952, chirurgul parizian Henri Laborit a decis să experimenteze pe unii dintre pacienţii săi un nou compus numit clorpromazină. Clorpromazina, ca numeroase alte medicamente care îşi vor găsi locul în arsenalul modern de substanţe psihotrope, îşi are originea în extinderea rapidă a industriei textile germane de la sfârşitul secolului al XIX-lea – şi anume în vopselele industriale dezvoltate de companiile producătoare de substanţe chimice din 1880 – 1890? Clorpromazina a fost descoperită în 1950, când cercetătorii francezi au sintetizat acest compus nou din fenotiazină în scopul de a crea un histaminic mai puternic. Dar clorpromazina nu a îmbunătăţit antihistaminicele deja

existente, aşa că a fost dată deoparte. Când Laborit a cerut clorpromazină de la compania producătoare de substanţe chimice Rhône-Poulenc, spera să descopere că presupusa calitate de antihistaminic va contribui la ameliorarea şocurilor din timpul operaţiilor, reducând inflamaţia şi suprimând răspunsul autoimun al corpului la trauma intervenţiei chirurgicale. Medicamentul a făcut asta – dar, spre surpriza lui Laborit, a avut şi un efect de sedare a pacienţilor, relaxându-i pe unii atât de tare, încât păreau, după cum s-a exprimat el, „indiferenţi" faţă de intervenţia chirurgicală majoră prin care urmau să treacă.

„Hai să vezi ceva", se pare că i-a spus Laborit unuia dintre psihiatrii care făceau parte din personalul spitalului militar Val-de-Grâce, arătându-i că pacienţii „de tipul mediteraneean, tensionaţi, anxioşi" 31 deveniseră complet calmi chiar în faţa unor ameninţări majore în privinţa sănătăţii lor.

Vestea s-a răspândit în spital şi un chirurg, coleg al lui Laborit, îi va povesti cumnatului său, psihiatrul Pierre Deniker, despre

*) Sintetizată pentru prima dată în perioada 1880 – 1890 ca vopsea albastră, fenotiazina, compusul din care se obţine clorpromazina, s-a demonstrat în următoarele decenii a avea un număr incredibil de proprietăţi medicinale: funcţiona ca antiseptic (reducând riscul de infecţii), vermifug (distrugând viermii intestinali), tratament împotriva malariei şi antihistaminic (prevenind reacţiile alergice). În 1935, valorificând capacitatea acesteia de a distruge gândacii, compania DuPont a început să le vândă fermierilor fenotiazină ca insecticid.

efectele acestui nou compus. Intrigat, Deniker a administrat medicamentul unora dintre cei mai psihotici pacienţi din aripa cea mai ascunsă a unui spital parizian de boli psihice. Rezultatele au fost uimitoare: pacienţii agitaţi şi violenţi s-au calmat; nebunii s-au transformat în oameni întregi la minte. Când unul dintre colegii lui Deniker i-a administrat medicamentul unui pacient care ani întregi nu

reacţionase în niciun fel, bărbatul a ieşit din apatie şi a spus că dorea să se externeze şi să revină la slujba lui de bărbier. Medicul i-a cerut să-l bărbierească, ceea ce pacientul a făcut cu grijă, aşa că doctorul l-a externat. Nu toate cazurile au fost atât de spectaculoase, dar efectele calmante ale medicamentului erau intense. Vecinii au spus că zgomotele care se auzeau din azil scăzuseră semnificativ. Alte experimente la scară mică cu acest medicament au avut rezultate care îi confirmau efectul puternic. În 1953, Jean Sigwald, psihiatru parizian, a administrat clorpromazină unui număr de opt pacienţi care sufereau de „melancolie asociată cu anxietate”, şi cinci dintre ei s-au simţit mai bine. Clorpromazina era, în cuvintele lui Sigwald, „insulină pentru persoanele care suferă de nervi” 32.

Clorpromazina a ajuns în America de Nord când, într-o seară de duminică din primăvara anului 1953, Heinz Edgar Lehmann, psihiatru la Universitatea McGill din Montreal, a citit un articol în timp ce se răsfăţa cu o baie. Articolul, care îi fusese lăsat la cabinet de un agent de vânzări al unei companii producătoare de medicamente, era despre efectul clorpromazinei asupra psihoticilor francezi. („Chestia asta e atât de bună, că literatura o să-l convingă singură” 33, i-a spus agentul de vânzări secretarei lui Lehmann.) Când Lehmann a ieşit din baie a făcut o comandă de clopromazină şi a iniţiat primul studiu din America de Nord cu privire la acest compus, administrându-l unui număr de 70 de pacienţi cu tulburări psihice de la spitalul Verdun Protestant, unde era director clinic. Rezultatele l-au surprins: în câteva săptămâni, pacienţii care, printre alte afecţiuni psihiatrice, sufereau de schizofrenie, depresie majoră şi ceea ce am numi astăzi tulburare bipolară păreau efectiv vindecaţi. Mulţi au descoperit că nu mai aveau simptome; unii dintre cei despre care medicii credeau că o să-şi petreacă restul zilelor în azil au fost externaţi. A fost, după cum Lehmann va spune mai târziu, „cea mai spectaculoasă descoperire a

farmacologiei din ultimii mai bine de o sută de ani, de la introducerea anesteziei” 34.

Compania americană producătoare de medicamente Smith, Kline & French Laboratories a obţinut brevetul pentru clorpromazină şi în 1954 a lansat-o pe piaţă sub denumirea comercială Thorazine, ceea ce a provocat o schimbare semnificativă a serviciilor de îngrijiri medicale pentru persoanele cu afecţiuni psihice, în 1955, pentru prima oară în douăzeci de ani, a scăzut numărul persoanelor cu boli psihice internate în SUA.1

Împreună, Thorazine şi Miltown au consolidat o nouă idee tot mai influentă cultural, conform căreia boala mintală nu este provocată de *parentingul* prost sau de complexe oedipiene nerezolvate, ci de dezechilibre biologice, de perturbări organice din creier care pot fi corectate prin intervenţii chimice.

Pentru mine, acea lunga noapte a trecut într-o stare de pândă şi nesomn îngrozitoare: […] *o spaimă pe care numai copiii o pot simţi*.

— Charlotte Brontejane *Eyre* (1847) a

S-a întâmplat ca propria mea experienţă de zeci de ani în privinţa intervenţiilor chimice să înceapă, douăzeci şi cinci de ani mai târziu, cu Thorazine.

Când mă apropiam de sfârşitul şcolii primare, ticurile şi fobiile mele din ce în ce mai numeroase i-au făcut pe părinţii mei să

*) Acest fapt a revoluţionat psihiatria. Înainte de 1955, atât pacienţii cu psihoze acute, cât şi cei moderat nevrotici erau trataţi în principal prin psihanaliză sau ceva asemănător; perlaborarea problemelor psihologice sau a traumelor din copilărie prin terapie era metoda standard de a ajunge la sănătate mintală. „Niciun psihiatru întreg la minte nu folosea medicamente”, va spune Heinz Lehmann despre acest domeniu înaintea anilor ’50. „Foloseai electroşocuri sau diverse psihoterapii”. 35

a) Charlotte Brontë, *Jane Eyre*, trad. de Mirella Acsente, Corint, Bucureşti, 2015, p. 34 (n.tr.).

mă ducă la spitalul de psihiatrie pentru o evaluare care urma să stabilească dacă aveam nevoie de psihoterapie intensivă. În clasa a şaptea mă mutasem la altă şcoală. Într-o dimineaţă de luni din octombrie am refuzat să mă mai duc. Perspectiva separării de părinţi şi expunerea la microbi mi se păreau prea înfricoşătoare ca să le pot îndura. Dar părinţii mei, după ce i-au sunat pe dr. L. Psihiatrul care mi-a aplicat testul Rorschach în timpul evaluării de la Spitalul McLean şi la care mă duceam acum săptămânal pentru şedinţe de psihoterapie) şi pe d-na P. (asistenta socială care ar fi trebuit să-i consilieze pe mama şi pe tata despre cum să fie nişte părinţi care provoacă mai puţină anxietate), au refuzat să mă lase să refuz. Ceea ce a dus la o confruntare melodramatică, repetată în majoritatea dimineţilor pentru tot restul anului şcolar.

Mă trezeam plângând şi agăţându-mă de aşternuturi, spunând că mi-era prea frică să mă duc la şcoală. După ce încercau în zadar să mă convingă să mă dau jos din pat, părinţii mei smulgeau pătura şi începea lupta: tata mă ţinea în timp ce mama mă îmbrăca cu forţa şi eu mă zbăteam să scap. După care mă împingeau de la spate până la maşină şi eu mă smuceam să mă eliberez. În timpul drumului de şapte minute până la şcoală plângeam şi îmi imploram părinţii să nu mă oblige să mă duc.

Când intram în parcare venea momentul judecăţii mele: vor trebui părinţii mei să mă scoată cu forţa din maşină şi să mă umilească în faţa colegilor neîndurători? Şcoala era înfricoşătoare – dar tot aşa era şi ameninţarea umilirii. Ştergându-mi lacrimile, coboram din maşină şi începeam marşul morţii spre clasă. Anxietatea mea nu era raţională; de fapt, nu aveam niciun motiv să-mi fie frică. Şi totuşi oricine a suferit chinurile anxietăţii patologice acute ştie că nu exagerez când spun că nu cred că m-aş fi simţit mult mai rău dacă aş fi mers spre propria decapitare.

Împietrit de disperare, făcând eforturi să nu plâng, străduindu-mă să-mi controlez intestinele turbulente, stăteam mut în bancă, încercând să nu izbucnesc în lacrimi

şi să mă fac de râs.1

Î) Am întrevăzut pentru prima oară depresia clinică într-o după-amiază din acel an, când stăteam în bancă. Resimţeam uşurarea caracteristică declanşată

Până în ianuarie, fobiile şi anxietatea mea de separare ajunseseră să mă consume atât de tare, încât începusem să mă îndepărtez de prieteni, iar ei începuseră să se îndepărteze de mine; de-abia dacă mai socializam cu copiii de aceeaşi vârstă. Era prea stresantă implicarea în ironiile reciproce, aşa că la prânz preferam să stau tăcut lângă un profesor. Iată de ce, în prima zi de după vacanţa de sărbători din acel an, am auzit fără să vreau pe profesoara de spaniolă povestindu-i cu lux de amănunte profesoarei de franceză cum şi-a petrecut vacanţa în Manhattan cu prietenii şi cum au luat toţi un virus stomacal care i-a făcut să vomite abundent?

Asta era mai mult decât puteam suporta în prima zi de după vacanţă; am plecat de la şcoală, m-am dus acasă şi mi-am ieşit din minţi.

Lucruri pe care mi le amintesc din acea seară: aruncam obiecte prin casă şi distrugeam tot ce-mi cădea în mână, în timp ce tata se lupta cu mine să mă potolesc; stăteam întins pe podea şi dădeam cu pumnul în pământ, urlând atât de tare, încât făceam spume la gură ţipând că mi-e frică şi că nu mai pot şi vreau să mor; tata, la telefon cu dr. L., a vorbit despre o eventuală internare (au fost menţionate cămaşa de forţă şi ambulanţa); tata s-a dus la Corbett’s, farmacia din zonă, şi s-a întors cu doze de urgenţă de Valium (un tranchilizant minor din clasa benzodiazepinelor, despre care voi spune mai multe ceva mai departe) şi Thorazine lichid (cunoscut atunci ca tranchilizant major, clasificat în prezent ca antipsihotic).

Throrazine avea un gust oribil. Dar îmi doream cu disperare să mă liniştesc, aşa că l-am băut cu nişte suc de portocale. În următoarele 18 luni am luat Thorazine tot timpul. Şi mai târziu în acea de perspectiva weekendului liber, când mi-a trecut prin minte gândul că *duminică*

seara toate astea o să înceapă din nou şi m-a cutremurat infinitatea chinului meu, gândul că serile de duminică – şi dimineţile de luni – se reîntorc etern, că doar moartea le va opri şi că, la urma urmei, nu există nimic care să mă ajute să-mi depăşesc groaza de lucrurile rele care se vor întâmpla.

!) Da, este un semn al intensităţii preocupării mele fobice că astăzi, după 30 de ani, încă îmi amintesc această conversaţie aproape cuvânt cu cuvânt. săptămână am început să iau şi imipramină, medicamentul triciclic care era antidepresivul standard înainte de apariţia Prozacului la sfârşitul anilor ’80.

În fiecare zi din următorii doi ani mama mi-a pus pe marginea farfuriei, la micul dejun şi la cină, o pastilă mare şi portocalie de Thorazine şi mai multe pastile mai mici, verzi şi albastre, de imipramină. Medicamentele îmi reduceau anxietatea îndeajuns cât să nu fiu internat. Dar cu un preţ: când luam Thorazine eram ameţit şi deshidratat şi mă învârteam de colo-colo cu gura uscată şi emoţii găunoase şi degete care îmi zvâcneau, efect secundar comun produs de Thorazine, cunoscut ca dischinezie tardivă. Cu un an înainte să încep să iau Thorazine şi imipramină, fusesem selecţionat într-o echipă de elită de fotbal. Când m-am prezentat în toamna următoare în apatia indusă de Thorazine, antrenorilor nu le-a venit să creadă. Ce se întâmplase cu puştiul micuţ care îi făcuse de ruşine pe jucătorii mai mari driblând în cercuri în jurul lor? Acum aveau un faţă un puşti tot scund, care se mişca lent, obosea uşor şi se deshidrata imediat, şi care în jurul buzelor avea încrustat mucus alb şi vâscos.

Anxietatea persista chiar şi când luam o grămadă de medicamente. Ajungeam la şcoală, dar apoi mă copleşea frica, ieşeam din clasă şi mă duceam la cabinetul medical, unde o imploram pe asistentă să mă lase să plec acasă. Când simţeam că zidurile cabinetului erau prea sufocante pentru agitaţia mea ridicolă, asistenta se plimba binevoitoare cu mine în jurul şcolii în timp ce încercam să

mă liniştesc?

9 La asta se adăuga faptul că în acea perioadă fobia mea de a nu vomita a metastazat într-o frică de înecare; am început să am dificultăţi de înghiţire. (Dificultatea de înghiţire este un bine-cunoscut simptom al anxietăţii încă de la sfârşitul secolului al XIX-lea şi în prezent este denumită disfagie.) Mi-era frică să mănânc. Corpul meu de adolescent slab, şi mai subţire din cauza bâţâielii nervoase, a ajuns emaciat. La şcoală nu mai mâneam la prânz. Cu cât îmi era mai greu să înghit, cu atât eram mai obsedat de dificultatea mea de înghiţire şi cu atât îmi era şi mai greu să înghit. Curând a ajuns să-mi fie greu să înghit până şi propria salivă. Stăteam la ora de istorie cu gura plină de scuipat.

Văzând că mă plimbam prin campus însoţit de asistentă când ar fi trebuit să fiu la ore, colegii mei fireşte că se întrebau ce e în neregulă cu mine. Mama unui fost prieten s-a întâlnit odată cu mama şi a întrebat-o dacă eram bolnav. Mama, eschivându-se, i-a spus că eram bine.

Dar nu eram bine; mi-era foarte rău. În fotografiile de atunci arăt cocoşat şi abătut şi bolnav, ca şi cum m-aş fi strâns în mine însumi. Eram pe antipsihotice şi antidepresive şi tranchilizante, şi făceam plimbări zilnice cu asistenta în loc să fiu la ore.

Nu ştiu dacă aş fi supravieţuit clasei a şaptea fără Thorazine şi imipramină şi Valium. Dar am făcut-o şi, până la sfârşitul clasei a opta, suferinţa mea anxioasă s-a diminuat întrucâtva. Dr. L. m-a înţărcat şi nu am mai luat Thorazine. Dar din acea iarnă de acum treizeci de ani am tot luat un antipsihotic sau altul – şi adesea două, trei sau mai multe în acelaşi timp –, mai mult sau mai puţin constant, ceea ce mă face un depozitar ambulant al modelor farmacologice de tratare a anxietăţii din ultima jumătate de veac.

Descoperirile farmaceutice au avut o importanţă senzaţională pentru a înţelege tulburarea psihiatrică şi natura fundamentală a condiţiei umane: *se pretindea că*

personalităţile noastre, intelectul nostru, însăşi cultura noastră ar putea p reduse la o mână de enzime.

— Edward Shorter, *Before Prozac (înainte de Prozac)* (2009)

O scurtă perioadă în anii ’80 am luat fenelzină, un inhibitor de monoaminooxidază sau IMAO (*monoamine oxidase inhibitor*-MAOI), cu denumirea comercială de Nardil. Experienţa mea cu MAOI nu îngrozit că dacă mi s-ar cere să vorbesc m-aş îneca cu propria salivă sau aş împroșca banca – sau amândouă. Am început să am tot timpul la mine şerveţele Kleenex, salivând discret în ele ca să nu trebuiască să înghit. În fiecare zi până la prânz buzunarele mi se umpleau de şerveţele ude care îmi îmbibau pantalonii şi îi făceau să miroasă a salivă. Pe parcursul zilei şerveţelele se dezintegrau şi din buzunare începeau să-mi cadă bucăţele de Kleenex îmbibate de scuipat.

Mai e de mirare că n-am avut decât o singură întâlnire în şcoala generală şi liceu?

este nemaipomenit de bună. Nu mă simţeam mai puţin anxios

— Dar îmi făceam o grămadă de griji dacă aveam să mor din cauza efectelor secundare ale medicamentului. Asta pentru că MAOI pot avea efecte secundare periculoase, chiar mortale, în special când sunt combinate cu chestii greşite. Când pacienţii care iau MAOI ingerează lucruri – cum ar fi vin şi alte tipuri de băuturi obţinute prin fermentaţie, brânză maturată, murături, unele tipuri de fasole şi numeroase tipuri de medicamente care se vând fără reţetă

— Care conţin niveluri ridicate de tiramină, un derivat aminoacid, efectele asupra stării de sănătate pot fi grave: migrene puternice, icter, creşterea tensiunii arteriale şi, în unele cazuri, hemoragie internă severă. Ceea ce înseamnă că se poate ca MAOI să nu fie ideale pentru oameni care, ca mine, sunt predispuşi chiar şi în cele mai bune circumstanţe la ipohondrie şi anxietate

provocată de posibile probleme de sănătate.

Din acest motiv, printre altele, deşi există pacienţi deprimaţi şi anxioşi pentru care tratamentul farmacologic cu MAOI rămâne cel mai eficient, de mai mulţi ani aceste substanţe nu mai sunt considerate un tratament de linia întâi pentru tulburări de dispoziţie? Deşi MAOI nu au jucat decât un rol minor în istoricul meu psihiatric, sunt importante pentru istoria ştiinţifică şi culturală a anxietăţii, deoarece sunt printre primele medicamente legate direct de noua teorie neurochimică a tulburării psihice. La mijlocul secolului trecut, apariţia MAOI, alături de introducerea imipraminei şi a altor triciclice (despre care voi spune mai multe în curând), a contribuit la înţelegerea ştiinţifică modernă a depresiei şi anxietăţii.

Originea MAOI se află în ultimii ani ai celui de-al Doilea Război Mondial, când forţele aeriene germane care bombardau Londra cu rachete V-2 au început să rămână fără combustibil convenţional î) După ce a încercat mai multe tratamente alternative, inclusiv terapia cu electroşocuri, romancierul David Foster Wallace a descoperit că Nardilul era cel mai eficient tratament pentru anxietatea şi depresia lui. Renunţarea la Nardil în urma unei experienţe care pare să fi fost un efect secundar provocat de tiramină poate să fi dus la prăbuşirea şi, în 2008, la sinuciderea lui.36 şi au ajuns să propulseze rachetele cu o substanţă numită hidrazină. Hidrazina este otrăvitoare şi explozivă, dar oamenii de ştiinţă au constatat că erau capabili să o modifice în moduri care ar fi putut avea aplicaţii medicale. După încheierea războiului, companiile farmaceutice au cumpărat rezervele de hidrazină la preţuri foarte mici. Investiţia a dat roade. În 1951, cercetătorii de la Hoffmann-La Roche din Nutley, New Jersey, au descoperit că doi compuşi obţinuţi din hidrazină, izoniazida şi iproniazida, inhibă dezvoltarea tuberculozei. Au început să le testeze clinic. Până în 1952, izoniazida şi iproniazida se găseau pe piaţă ca tratament pentru tuberculoză.

Însă aceste antibiotice au provocat un efect secundar neaşteptat. În urma tratamentului, unii pacienţi deveneau, după cum relatau ziarele, „uşor euforici” şi dansau pe holurile secţiilor de tuberculoşi. Citind aceste relatări, psihiatrii se întrebau dacă acest efect de îmbunătăţire a dispoziţiei însemna că izoniazida şi iproniazida puteau fi folosite ca tratamente psihiatrice. Într-un studiu realizat în 1956 la Spitalul Rockland State din New York, unor pacienţi care sufereau de diferite tulburări psihiatrice li s-a administrat iproniazidă timp de cinci săptămâni; spre finalul acestei perioade, starea pacienţilor deprimaţi s-a ameliorat semnificativ. Nathan Kline, directorul de cercetare al spitalului, a observat ceea ce el numea un efect de „energizare psihică” şi a început să prescrie iproniazidă pacienţilor melancolici în cabinetul său privat. Unii dintre aceşti pacienţi, va spune el ulterior, au avut „o remisiune completă a tuturor simptomelor”. Klein va declara mai târziu că iproniazida „a fost primul medicament din întreaga istorie a psihiatriei care a acţionat într-un astfel de mod” 37. În aprilie 1957, Hoffmann-La Roche a lansat pe piaţă iproniazidă sub denumirea comercială Marsilid, şi despre asta s-a scris pe prima pagină din *The New York Times*. Marsilid a fost primul MAOI şi unul dintre primele medicamente cunoscute ca antidepresive.

La jumătatea secolului trecut, istoria neuroştiinţelor, în stadiul la care ajunsese, era scurtă. Cunoaşterea modului de funcţionare a creierului era primitivă. Se discuta aprig despre „scântei” şi „supă” – unii oameni de ştiinţă credeau că transmiterea impulsurilor între neuroni avea loc pe cale electrică, alţii credeau că mecanismul era chimic.38 „Când eram student la Cambridge”, îşi aminteşte Leslie Iversen, profesor de farmacologie la Oxford despre timpul pe care l-a petrecut acolo în anii ’50, „ne învăţau […] că nu există transmitere chimică în creier – că e doar o maşină electrică” 39.

La sfârşitul secolului al XIX-lea, fiziologii englezi

făcuseră cercetări primitive asupra chimiei cerebrale. Abia în anii ’20 a reuşit Otto Loewi, profesor de farmacologie la Universitatea din Graz, Austria, să izoleze pentru prima dată un neurotransmiţător, susţinând într-un articol din 1926 că o substanţă numită acetilcolină era ceea ce media transmiterea impulsurilor de la o terminaţie nervoasă la alta?

Chiar şi când Thorazine şi Miltown se vindeau din ce în ce mai bine, conceptul de neurotransmiţător – substanţă care transmite impulsuri între celule nervoase – nu fusese bine stabilit”. (Nici psihiatrii care dădeau reţete pentru aceste medicamente şi nici chiar biochimiştii care le dezvoltau nu aveau în general idee de ce funcţionau aceste medicamente.) Dar descoperirile a doi cercetători din Scoţia au înclinat puternic balanţa în favoarea „supei”. În 1954, Marthe Vogt, specialist german în neuroştiinţe de la Universitatea din Edinburgh, a găsit prima dovadă convingătoare a unui neurotransmiţător – a noradrenalinei. Mai târziu în acelaşi an, John Henry Gaddum, coleg al lui Vogt, a descoperit printr-o serie de experimente neortodoxe că serotonina, despre

*) Este celebru faptul că Loewi a susţinut că a conceput acest experiment, care presupunea creşterea şi reducerea pe cale artificială a pulsului unor broaşte, într-un vis pe care l-a avut de Paşte, în 1923. A însemnat entuziasmat experimentul pe o foaie de pe noptieră – doar ca să descopere la trezire că nici nu-şi amintea visul, nici nu putea să descifreze propriul scris. Din fericire, a visat acelaşi experiment în noaptea următoare. De data asta şi l-a amintit, l-a realizat şi a demonstrat pentru prima dată baza chimică a transmiterii nervoase – cercetare pentru care ulterior i se va înmâna Premiul Nobel.

u) Otto Loewi şi alţii descoperiseră dovezi semnificative că neurotransmiţători ca noradrenalina se găseau în fluxul sangvin – dar nimeni nu reuşise să izoleze vreunul la nivel cerebral.

care până atunci se credea că este un compus

secretat la nivelul intestinelor şi implicat în digestie, este tot un neurotransmiţător? Gaddum a luat LSD – despre care a spus că l-a făcut să se simtă nebun timp de 48 de ore şi care, conform măsurătorilor de laborator, a determinat reducerea nivelului metaboliţilor de serotonină din lichidul cefalorahidian.40 Concluzia lui generală: serotonină contribuie la sănătatea mintală – aşadar, o deficienţă de serotonină poate provoca o boală psihică. S-a născut astfel teoria sănătăţii mintale bazate pe neurotransmiţători. Aceasta avea să determine schimbări profunde ale perspectivei ştiinţifice şi culturale asupra anxietăţii şi depresiei.

Nu poţi […] *să-i smulgi*

Din amintire – un chin cu rădăcină.

Din gând să ştergi întipărita-i grijă, şi prin vreun dulce de-al uitării leac S-*o uşurezi de-ameninţarea grea*

Ce inima-i apasă?

— William Shakespeare, *Macbeth* (cca. 1606) a

Bernard „Stev” Brodie îşi construise reputaţia de biochimist producând medicamente antimalarie în timpul celui de-al Doilea Război Mondial. Când Thorazine şi Miltown au intrat pe piaţă în anii

*) o scurtă istorie a primelor cercetări asupra serotoninei: în 1933, cercetătorul italian Vittorio Erspamer a izolat un compus chimic din stomac pe care l-a numit enteramină, pentru că părea să fie implicat în contracţiile intestinale ale digestiei. În 1947, doi fiziologi americani care studiau hipertensiunea la Clinica Cleveland au găsit enteramină în trombocite. Observând că enteramină determina contracţia vaselor de sânge, au redenumit acest compus serotonină (*sero* pentru „sânge”, din latinescul *serum*, şi *tonin* pentru tonus, din cuvântul elin *tonikos*, tonic). În 1953, când cercetătorii au descoperit pentru prima dată urme de serotonină în creier, încă mai credeau că acestea u nu erau decât reziduuri care fuseseră transportate prin fluxul sangvin din stomac. Abia în anii următori a devenit evident rolul de neurotransmiţător al

serotoninei.

a) William Shakespeare, *Macbeth*, în *Henric al V-lea*, *Hamlet*, *Othello*, *Macbeth*, *Poveste de iarnă*, trad. de Ion Vinea, Bucureşti, Univers, 1971, p. 583 (n.tr.).

’50, el conducea un laborator la Institutul Naţional de Cardiologie din cadrul Institutului Naţional de Sănătate (National Institutes of Health – NIH) din Bethesda, Maryland. În următorii zece ani, acel laborator va revoluţiona psihiatria.

Experimentele fundamentale au fost cele cu reserpină. Extrasă din planta *Rauwolfia serpentina* (rădăcina seamănă cu un şarpe), reserpină s-a folosit peste 1.000 de ani în India, unde se lua pentru orice, de la tensiune arterială ridicată şi insomnie la muşcături de şarpe şi colici. Dar fusese folosită întrucâtva cu succes, conform unor scrieri indiene, pentru tratarea „nebuniei”. Reserpină nu primise multă atenţie în Occident. Însă când Thorazine a produs efecte atât de spectaculoase, directorii de la Squibb s-au întrebat dacă reserpină ar putea concura cu acesta. L-au finanţat pe Nathan Kline, care a testat compusul pe un grup de pacienţi de la Spitalul Rockland State: starea unora dintre ei s-a îmbunătăţit semnificativ şi câţiva descrişi în raport ca „debilitaţi” de anxietate au ajuns suficient de relaxaţi încât să se externeze şi să revină la vieţile lor.

Asta a dus la un studiu mult mai vast. În 1955, Paul Hoch, comisarul Departamentului de igienă mintală din New York, a aranjat cu guvernatorul W. Averell Harriman să se acorde fonduri de 1, 5 miliarde de dolari pentru administrarea de reserpină *fiecăruia* dintre cei 94.000 de pacienţi din toate spitalele psihiatrice ale statului.41 (Reglementările FDA nu ar permite niciodată ca un astfel de studiu să se desfăşoare în prezent.) Rezultate: reserpină a funcţionat pentru unii pacienţi, dar nu chiar la fel de bine ca Thorazine – şi a provocat efecte secundare grave, uneori mortale. În mare, clinicienii au respins-o sub aspectul eficienţei psihiatrice.

Dar nu înainte ca Steve Brodie şi colegii săi de la NIH să fi folosit reserpină pentru a stabili o legătură clară între biochimie şi comportament. Inspirat de descoperirea lui John Gaddum în privinţa relaţiei dintre LSD şi serotonină, Brodie a administrat reserpină iepurilor pentru a vedea ce se întâmplă cu nivelul lor de serotonină.42 A descoperit două lucruri interesante: administrarea de reserpină iepurilor determina scăderea nivelului de serotonină din creierul lor, iar acest lucru părea să-i facă pe iepuri să fie „letargici" şi „apatici", o imitare a comportamentului oamenilor pe care astăzi i-am numi deprimaţi. Mai mult, Brodie şi colegii săi au descoperit că puteau induce şi diminua comportamentul „deprimat" al iepurilor prin manipularea nivelului lor de serotonină. Articolul43 publicat de Brodie în 1955 în revista *Science*, în care expunea aceste descoperiri, a fost primul care a făcut legătura între nivelul unui anumit neurotransmiţător şi modificări comportamentale în cazul unor animale. După cum va spune mai târziu un istoric al medicinei, Brodie a construit un pod între neurochimie şi comportament.44

Cercetarea asupra reserpinei realizată de Brodie s-a intersectat în moduri interesante cu ceea ce psihiatrii descopereau atunci despre MAOI. Într-o versiune întrucâtva suprasimplificată, cercetătorii din anii '50 tocmai descopereau că neurotransmiţătorii sunt trimişi de neuroni „ascendenţi" prin sinapse – spaţiile foarte mici dintre celulele nervoase – în scopul activării neuronilor „descendenţi". Fiecare neurotransmiţător trece rapid de la un neuron la următorul, unde se ataşează de un receptor – imaginea sa moleculară în oglindă – din membrana neuronului. De fiecare dată când unul dintre aceşti neurotransmiţători intră în contact cu receptorul său din neuronul postsinaptic (serotonină se ataşează de receptorii de serotonină, noradrenalina de receptorii de noradrenalină), forma acestui neuron se schimbă: membrana devine poroasă, permiţând trecerea în interior a atomilor din afara neuronului, ceea ce provoacă o

schimbare bruscă a încărcării electrice a neuronului. Această modificare determină activarea neuronului, care secretă propriii neurotransmiţători în sinapsele din jur. Aceşti neurotransmiţători ajung apoi la receptorii altor neuroni. Activitatea aceasta în cascadă – activarea neuronilor, secreţia de neurotransmiţători care activează alţi neuroni – printr-o sută de miliarde de neuroni şi prin trilioanele de sinapse din creierul nostru stă la baza emoţiilor, percepţiilor şi gândurilor noastre. În moduri pe care oamenii de ştiinţă încă se străduiesc să le înţeleagă, neuronii şi neurotransmiţătorii sunt materia fizică a emoţiilor şi gândurilor noastre.

Primele cercetări asupra iproniazidei au arătat că acest antibiotic dezactiva o enzimă numită monoaminoxidază (MAO), a cărei funcţie este să descompună şi să elimine serotonina şi noradrenalina care se acumulează în sinapse. După ce un neurotransmiţător este secretat în sinapsă, de obicei este înlăturat rapid de MAO, ceea ce permite desfăşurarea următoarei transmiteri. Dar „inhibarea” enzimei monoaminoxidază de către iproniazidă îi permite neurotransmiţătorului să rămână o perioadă mai lungă la nivelul neuronilor. Conform teoriei lui Brodie, acumularea acestor neurotransmiţători în sinapse explică efectele antidepresive ale iproniazidei. Bineînţeles, dacă iepurilor li se administra iproniazidă înainte de reserpină, aceştia nu deveneau letargici, aşa cum se întâmpla în cazul celorlalţi. Brodie şi colegii săi au ajuns la concluzia că iproniazidă împiedica „depresia” iepurilor prin faptul că determina creşterea nivelului de noradrenalină şi serotonină din sinapsele lor.

Acesta a fost momentul în care industria farmaceutică a avut ideea să vândă medicamente psihiatrice promovându-le ca produse de corectare a unor „dezechilibre chimice” sau a unor deficienţe ale anumitor neurotransmiţători. În 1957, într-una dintre primele reclame la iproniazidă, Hoffmann-La Roche prezenta acest

medicament ca „inhibitor de monoaminoxidază care modifică metabolismul serotoninei, adrenalinei, noradrenalinei şi al altor * – «4-S amine.

Cercetări asupra unui alt nou medicament au confirmat această idee. În 1954, Geigy, o companie farmaceutică elveţiană, a modificat structura chimică a Thorazine pentru a crea noul compus G22355, pe care l-a numit imipramină, primul medicament triciclic. (Structura chimică a substanţelor din această categorie este sub formă de trei cercuri.) Roland Kuhn, un psihiatru elveţian care încerca să dezvolte un somnifer mai bun, a administrat imipramină unora dintre pacienţii săi. Dat fiind că Thorazine şi imipramina erau similare din punct de vedere chimic (doar doi atomi sunt diferiţi), Kuhn a presupus că imipramina, la fel ca Thorazine, va avea un efect de sedare. Nu a avut: în loc să adoarmă pacienţii, imipramina le-a dat energie şi le-a îmbunătăţit dispoziţia afectivă, în 1957, după ce a tratat peste 500 de pacienţi cu imipramină, Kuhn a trimis un articol la Congresul Internaţional al Psihiatrilor din Zürich, în care raporta că starea până şi a pacienţilor profund deprimaţi s-a îmbunătăţit considerabil după câteva săptămâni în care au luat acest medicament. Starea lor psihică s-a ameliorat, nivelul lor de energie a crescut semnificativ, au dispărut „ideile delirante de ipohondrie” şi „inhibiţia lor generală” s-a risipit. „Adeseori vindecarea este completă, suferinzii şi rudele lor confirmând faptul că de mult nu se mai simţiseră atât de bine” 46, a declarat el. În 1958, Geigy a scos imipramina de la naftalină şi a adus-o pe piaţa europeană sub denumirea comercială Tofranil.1

În ziua în care imipramina a fost lansată în SUA, 6 septembrie 1959, *The New York Times* a publicat un articol cu titlul „Drugs and Depression” („Medicamentele şi depresia”), în care se vorbea şi despre Marsilid (iproniazidă, primul MAOI), şi despre Tofranil (imipramină, primul triciclic). Ziarul numea aceste medicamente

*) S-ar fi putut ca imipramina să nu fi ajuns niciodată

în farmacii – şi se poate ca istoria psihiatriei biologice să fi fost destul de diferită – dacă nu s-ar fi întâmplat un alt accident istoric.47 Prezentarea lui Kuhn de la Congresul Internaţional de Psihiatrie a fost întâmpinată, după cum a spus el, „cu o doză considerabilă de scepticism" din cauza „perspectivei aproape exclusiv negative de până atunci a tratării medicamentoase a depresiei". De fapt, dezinteresul psihiatrilor faţă de medicamente era atât de mare, încât numai 12 oameni au participat la prezentarea lui Kuhn de la Zürich. (Această prezentare a devenit la fel de cunoscută ca Discursul de la Gettysburg al lui Abraham Lincoln – nu prea luată în seamă în acel moment, dar destinată să ajungă clasică.) Nici Geigy nu a fost impresionată. Compania împărtăşea scepticismul psihiatrilor în privinţa unui medicament care ar fi putut trata o tulburare afectivă. Nu-şi făcea planuri să vândă imipramină. Dar s-a întâmplat ca într-o zi, la o conferinţă de la Roma, Kuhn să-l întâlnească pe Robert Böhringer, un acţionar puternic la Geigy. Când Geigy a menţionat că avea la Geneva o rudă cu o melancolie profundă, Kuhn i-a dat un flacon de imipramină. Acea persoană şi-a revenit după câteva zile de când începuse să ia medicamentul.

„Kuhn are dreptate", le-a spus Böhringer directorilor de la Geigy. „Imipramina *este* un antidepresiv".

Directorii de la Geigy au cedat şi au lansat medicamentul pe piaţă.

„Anti-depresive" – se pare că aceasta este prima utilizare a termenului în presă şi în cultura populară.

Deşi conform unor estimări, numărul americanilor care iau astăzi medicamente antidepresive este de peste 40 de milioane, până în 1957, când Roland Kuhn a vorbit la Congresul Internaţional de Psihiatrie, nu se discutase niciodată de vreun antidepresiv. Conceptul pur şi simplu nu exista. Substanţele MAOI şi triciclicele au creat o nouă categorie de medicamente.

La începutul anilor ’60, Julius Axelrod, biochimist la NIH şi veteran al laboratorului lui Steve Brodie, a început

să identifice efectele imipraminei asupra diverselor substanţe chimice din creier. Axelrod a descoperit că imipramina blochează recaptarea noradrenalinei în sinapse. (Câţiva ani mai târziu a descoperit că blochează şi recaptarea serotoninei.) Axelrod a teoretizat că efectul antidepresivelor asupra recaptării noradrenalinei este ceea ce explică îmbunătăţirea dispoziţiei afective şi ameliorarea depresiei. Aceasta a fost o idee revoluţionară: dacă imipramina blochează recaptarea noradrenalinei şi dacă îi face pe pacienţi mai puţin anxioşi şi deprimaţi, asta înseamnă că trebuie să existe o corelaţie între noradrenalină şi sănătatea mintală. Marsilid sau Tofranil – sau, la drept vorbind, cocaina, care are un efect asemănător – păreau să vindece anxietatea şi depresia prin creşterea nivelului de noradrenalină din sinapse, amânând recaptarea în neuroni.

Aproximativ în aceeaşi perioadă, Joseph Schildkraut, psihiatru la Centrul de Sănătate Mintală Massachusetts, credea că anxietatea şi psihonevroza erau provocate de traume timpurii sau de conflicte psihice nerezolvate şi, aşadar, cel mai eficient tratament era psihoterapia freudiană. Apoi le-a administrat imipramină câtorva dintre pacienţii săi. „Aceste medicamente mi se par magice” 48, va spune el mai târziu. „Am înţeles că exista o lume nouă, o lume a psihiatriei bazată pe informaţii farmacologice”. În 1965 a publicat un articol49 în *The American Journal of Psychiatry*, „The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of the Supporting Evidence” („Ipoteza efectului catecolaminei asupra tulburărilor afective: o evaluare a dovezilor care o susţin”); elaborând pe baza descoperirilor lui Steve Brodie şi Julius Axelrod, el susţinea că depresia e provocată de niveluri cerebrale ridicate de catecolamine, hormonii care determină răspunsul de tipul luptăsau-fugă (cum ar fi noradrenalina), secretaţi de glandele suprarenale în perioadele de stres. Articolul lui Schildkraut a devenit unul dintre cele mai citate articole ştiinţifice din istoria psihiatriei şi a consacrat teoria

dezechilibrului chimic care stă la baza anxietăţii şi depresiei, teorie centrală în acest domeniu.

Se construise primul pilon al psihiatriei biologice. Modelul psihiatric freudian încercase să trateze anxietatea şi depresia prin rezolvarea conflictelor psihice inconştiente. Odată cu apariţia antidepresivelor, bolile mintale şi tulburările afective au început să fie atribuite într-o măsură din ce în ce mai mare defecţiunilor anumitor sisteme de neurotransmiţători: se considera că schizofrenia şi dependenţa de droguri sunt provocate de probleme ale sistemului dopaminergic; depresia ar fi efectul hormonilor de stres secretaţi de glandele suprarenale; anxietatea ar fi produsă de defecte ale sistemului serotoninergic.

Însă nu apăruse încă efectul cel mai important al farmacologiei asupra istoriei anxietăţii, începând cu studiile asupra imipraminei, care vor schimba modul în care instituţia psihiatrică va înţelege anxietatea.

CAPITOLUL 6

O scurtă istorie a panicii, sau cum medicamentele au creat o nouă tulburare

Un astfel de atac de angoasă constă fie numai din sentimente de angoasă fără vreo reprezentare asociată, fie cuprinde şi o interpretare de ordinul evidenţei în direcţia unui pericol de moarte, sau de nebunie, unui leşin iminent, […] *sau senzaţia de angoasă este legată de tulburarea uneia sau mai multor funcţiuni somatice, respiraţia, activitatea cardiacă, inervaţia vasomotorie… Pacientul culege când un factor, când un altul, el se plânge de „gheară pe inimă”, „dificultate în respiraţie”, „valuri de sudoare”* ş.a.m.d. – Sigmund Freud, „Despre motivele care îndreptăţesc izolarea unui complex de simptome din neurastenie sub numele de «Nevroză de angoasă»”, (1895) a

Cauzele tulburărilor mintale sunt modificările chimice la nivel cerebral […]. *Nu mai este necesară diferenţierea* […] *între minte şi corp sau între boli mintale*

sau fizice. Bolile mintale sunt boli fizice.

— David Satcher, ministrul sănătăţii din SUA (1999)

Într-o zi eram la birou şi citeam un e-mail când am început să am o senzaţie vagă, la periferia conştiinţei, că mi-e puţin cald.

S-a încălzit aici? Conştiinţa mecanismelor corpului meu ajunge brusc în centrul minţii mele.

Am febră? *Mă îmbolnăvesc*? *O să leşin*? *O să vomit*? *O să fiu debilitat într-un fel sau altul înainte să scap sau să cer ajutor*?

Scriu o carte despre anxietate. Mustesc de cunoaşterea fenomenului panicii. Ştiu atâta cât poate şti un profan despre neuromecanica unui atac. Am avut mii de asemenea atacuri. Credeţi pesemne că această cunoaştere şi experienţă ar putea ajuta. E

a) Vezi Sigmund Freud, *Opere esenţiale*, vol. 6, trad. de Roxana Melnicu, Editura Trei, Bucureşti, 2010, p. 33 (n.tr.).

adevărat că uneori ajută. Recunoscând rapid simptomele unui atac de panică, pot câteodată să-l împiedic sau măcar să-l limitez la ceea ce este cunoscut ca atac de panică cu simptomatologie limitată. Dar, prea adesea, dialogul meu interior se desfăşoară cam aşa:

E doar un atac de panică. Eşti bine. Relaxează-te.

Dar dacă nu e un atac de panică? *Dacă de data asta chiar sunt bolnav*? *Dacă fac infarct sau am un atac cerebral*?

Întotdeauna e un atac de panică. Fă-ţi exerciţiile de respiraţie. Rămâi calm. Eşti bine.

Dar dacă nu sunt bine?

Eşti bine. Defecare dată în ultimele 782 de ori când ai avut un atac de panică şi ai crezut că s-ar putea să nu fie un atac de panică a fost doar un atac de panică.

Bine. Mă relaxez. Inspir şi expir. Repet gândurile calmante pe care le-am învăţat din înregistrările de meditaţie. Dar doar pentru că ultimele 782 de ori au fost atacuri de panică nu înseamnă că şi a 783-a e tot un atac

de panică, nu? *Mă doare burta*.

Ai dreptate. *Să ieşim de-aici*.

Când sunt la birou şi îmi trece prin cap ceva asemănător acestei secvenţe de gânduri, de la senzaţia că mi-e puţin cald ajung să simt că ard. Încep să transpir. Încep să am furnicături în partea stângă a feţei, după care amorţeşte. (*Vezi*, îmi spun, poate chiar *am un atac cerebral*!) Simt o apăsare în piept. Devin dintr-odată conştient că luminile fluorescente din biroul meu aduc puţin cu un stroboscop şi pâlpâie ameţitor. Am o senzaţie teribilă de instabilitate vertiginoasă, ca şi cum mobila din birou începe să se mişte, ca şi cum sunt pe cale să plonjez pe podea. Mă apuc de mânerele scaunului ca să-mi menţin echilibrul. Pe măsură ce devin din ce în ce mai ameţit şi biroul se învârte în jurul meu, mediul fizic nu mai pare foarte real; e ca şi cum între mine şi lume s-a aşternut un văl.

Gândurile mi se-nvârt în cap, dar cele mai clare sunt: *O să vomit*. *O să mor*. *Trebuie să plec de-aici*.

O zbughesc clătinându-mă de pe scaun, transpirând abundent. Nu mă gândesc decât să scap – să ies din birou, din clădire, din situaţia asta. Dacă o să am un atac cerebral sau o să vomit sau o să mor, vreau să fiu afară. O s-o iau la sănătoasa.

Sperând cu disperare că nu o să mă abordeze nimeni în drum spre scări, deschid uşa şi merg repede spre zona lifturilor. împing uşa care dă spre scări şi, simţindu-mă puţin uşurat că am ajuns până aici, încep să cobor cele şapte etaje. Când ajung la etajul trei picioarele încep să-mi tremure. Dacă aş gândi raţional – dacă aş putea să-mi calmez amigdala şi să-mi folosesc mai bine neocortexul – aş ajunge la concluzia corectă că acest tremor este rezultatul firesc al răspunsului de tipul luptă-sau-fugă produs de sistemul nervos autonom (care face muşchii scheletici să tremure) combinat cu efectele oboselii fizice. Dar, în loc de asta, ajuns prea departe în logica panicii catastrofizante pentru a mai putea accesa creierul raţional,

ajung la concluzia că tremurul picioarelor este un simptom al colapsului fizic total şi că acum chiar urmează să mor. În timp ce cobor ultimele două etaje mă întreb dacă voi reuşi să o sun pe soţia mea şi să-i spun că o iubesc, cerându-i să trimită ajutoare înainte să-mi pierd cunoştinţa şi, poate, să mor.

Uşa spre exterior este închisă. Ar trebui ca detectoarele de mişcare să ştie că vii din interior şi să o deschidă automat. Dintr-un motiv sau altul, poate pentru că mă mişc prea repede, nu se activează. Mă izbesc de uşă şi sunt aruncat înapoi, aterizând pe spate.

M-am lovit de uşă atât de tare, încât s-a dislocat cadrul de plastic din jurul semnului roşu care indică ieşirea. Îmi cade în cap cu un sunet înfundat, după care se loveşte zgomotos de podea.

Auzind vacarmul, paznicul din holul clădirii îşi bagă capul prin uşa care dă spre scări şi mă descoperă pe jos, ameţit, cu cadrul semnului de ieşire lângă mine.

— Ce se întâmplă aici? întreabă el.

— Sunt bolnav, răspund eu, şi cine ar putea să susţină că nu aş fi?

Grecii antici credeau că Pan, zeul naturii, domnea peste ciobani şi peste turmele pe care le păşteau. Pan era un zeu nobil: scund şi urât, avea picioare scurte de capră şi îi plăcea să doarmă în peşteri sau în tufişuri de la marginea drumului. Dacă îl trezea vreun trecător, scotea un strigăt care-i îngheţa sângele în vine şi îi ridica părul măciucă oricui îl auzea. Ţipătul lui Pan, se spunea, îi făcea pe călători să cadă morţi de frică. Pan îi îngrozea până şi pe ceilalţi zei. Când Titanii au luat cu asalt muntele Olimp (după cum spune mitul), Pan le-a adus înfrângerea semănând frică şi confuzie în rândurile lor. Grecii îi atribuiau lui Pan şi victoria lor în bătălia de la Maraton din 490 î.Hr., unde se spune că a semănat neliniştea în inima duşmanilor persani. Experienţa groazei bruşte – în special în locuri aglomerate – a ajuns cunoscută drept panică (din grecescul *panikos*, care, literal, înseamnă „a lui Pan”).

Oricine a trecut prin chinurile unui atac de panică ştie ce tortură poate provoca – fiziologică şi emoţională. Palpitaţiile. Transpiraţiile. Tremorul. Respiraţia întretăiată. Senzaţia de sufocare şi apăsare în piept. Greaţa şi disconfortul gastric general. Ameţeala şi înceţoşarea privirii. Senzaţiile de furnicături din extremităţi (termenul medical este „parestezie"). Senzaţiile de frig şi de cald. Sentimentul damnării şi al groazei existenţiale care se cască să te înghită.1

David Sheehan, psihiatru care a studiat şi a tratat anxietatea timp de patruzeci de ani, spune o poveste care ilustrează cât de îngrozitoare poate fi experienţa panicii. În anii '80, un veteran al celui de-al Doilea Război Mondial, unul dintre primii infanterişti care au debarcat în Normandia în Ziua Z, a venit la Sheehan solicitând terapie pentru atacuri de panică. Sheehan l-a întrebat dacă experienţa asaltului pe plaja din Normandia, când în jurul lui zburau şi cădeau gloanţe şi sânge şi cadavre – când perspectivă de a fi rănit sau a muri el însuşi era foarte probabilă –, nu era mai înfricoşătoare şi mai mizerabilă decât un atac de panică în timpul cinei, oricât de răvăşit s-ar fi putut simţi din cauza circuitelor

Am citat zece dintre cele 13 criterii din *DSM* ale atacului de panică; celelalte trei sunt sentimente de depersonalizare şi derealizare, frica de a pierde controlul sau de a înnebuni şi frica de moarte. Conform *DSM*, pentru diagnosticul de atac de panică este necesară manifestarea a cel puţin patru dintre aceste 13 simptome.

nevrotice ale propriei minţi. Deloc, a răspuns omul. „Anxietatea pe care a resimţit-o în timpul asaltului a fost moderată în comparaţie cu groaza pură a unuia dintre atacurile sale grave de panică" 1, relatează Sheehan. „Dacă ar putea să aleagă între cele două, ar alege bucuros să debarce în Normadia".

Astăzi, atacurile de panică sunt parte integrantă a medicinei şi culturii populare. 11 milioane de americani vor fi la un moment dat, asemenea mie, diagnosticaţi

formal cu tulburare de panică. Şi totuşi, până în 1979, nici atacurile de panică, nici tulburarea de panică nu existau oficial. De unde au apărut aceste concepte?

Imipramină.

În 1958, Donald Klein era un tânăr psihiatru la Spitalul Hillside din New York. Când imipramina a apărut pe piaţă, el şi un coleg au început să o administreze aleatoriu unui număr de aproape 200 de pacienţi aflaţi în îngrijirea lor la Hillside. „Am presupus că era un fel de supercocaină şi că o să-i scoată pe pacienţi din rutina lor” 2, îşi aminteşte Klein. „În mod remarcabil, aceşti pacienţi anhedonici, anorexici, insomniaci au început după câteva săptămâni să doarmă mai bine, să mănânce mai bine, […] spunând că «vălul s-a ridicat»”.

Ceea ce i-a stârnit cel mai mult interesul lui Klein a fost că 14 dintre aceşti pacienţi – care suferiseră anterior episoade acute intermitente de anxietate caracterizată de „respiraţie rapidă, palpitaţii, slăbiciune şi un sentiment de moarte iminentă” (simptome a ceea ce se numea, în tradiţia freudiană, nevroză de angoasă) – au avut o remisiune semnificativă sau totală a anxietăţii.3 Un pacient i-a atras în mod special atenţia lui Klein. Obişnuia să alerge speriat în camera asistentelor şi să le spună că se temea că urmează să moară. O asistentă îl lua de mână şi îi vorbea liniştitor şi în câteva minute atacul trecea. Asta se repeta la câteva ore. Thorazine nu funcţionase în cazul lui. Dar după ce pacientului i s-a administrat imipramină timp de câteva săptămâni, asistentele au observat că obişnuitele vizite panicate au încetat. Pacientul încă acuza un nivel general înalt de anxietate *cronică*, dar episoadele *acute* dispăruseră complet.

Asta l-a pus pe gânduri pe Klein. Faptul că imipramina putea bloca anxietatea paroxistică fără să suprime anxietatea generală sau îngrijorarea cronică sugera că era ceva în neregulă cu teoria dominantă a anxietăţii.

În perioada 1880 – 1890, când Freud şi-a pus pe uşa

cabinetului semnul „doctor de nervi”, cel mai frecvent diagnostic pentru pacienţii care veneau la el şi la medicii cu aceeaşi specializare era neurastenia, termen pe care medicul american George Miller Beard l-a popularizat ca însemnând un amestec de frică, îngrijorare şi oboseală provocat de stresul antrenat de Revoluţia Industrială. Se considera că principala cauză a neurasteniei era suprasolicitarea nervoasă produsă de presiunile vieţii moderne; remediile prescrise pentru această „oboseală a nervilor” erau „revitalizanţi de nervi” – leacuri ca stimularea electrică uşoară sau elixiruri cu opiu, cocaină sau alcool. Dar Freud era convins că sentimentul de groază şi îngrijorare observat la pacienţii neurastenici pe care îi consulta nu îşi avea rădăcina în oboseala nervilor, ci în probleme ale psihicului care puteau fi rezolvate prin psihanaliză.

În 1895, Freud a scris un articol despre nevroza de angoasă, afecţiune pe care a încercat să o diferenţieze de neurastenie şi ale cărei simptome, aşa cum le-a descris el, sunt destul de asemănătoare cu criteriile *DSM*-V pentru tulburarea de panică: ritm cardiac rapid sau neregulat, hiperventilaţie şi tulburări de respiraţie, transpiraţii, tremor sau frisoane, ameţeală, tulburări gastrointestinale şi sentimentul de moarte iminentă pe care el îl numea „aşteptare anxioasă”.

Nimic din toate acestea nu a contrazis neapărat ceva din ce a aflat mai târziu Donald Klein în experimentele sale cu imipramină. Dar asta pentru că, în 1895, Freud considera încă nevroza de angoasă ca fiind produsul nu al unei „idei refulate” (despre care credea că se afla la baza majorităţii psihopatologiilor), ci al unei forţe biologice. În aceste prime scrieri, Freud teoretiza că nevroza de angoasă era rezultatul fie al unei predispoziţii genetice (teorie susţinută de cercetările moderne de genetică moleculară), fie al unei tensiuni fiziologice acumulate – în special, conform imaginii conturate de Freud, al tensiunii provocate de dorinţa sexuală neîmplinită.

Însă în multe dintre scrierile sale ulterioare (începând cu *Studii despre isterie* din aceeaşi perioadă), Freud a susţinut că atacurile de anxietate – chiar şi cele care se manifestau prin simptome fizice acute – erau provocate de conflicte psihice nerezolvate şi adesea inconştiente. Timp de aproape 30 de ani, Freud a abandonat efectiv argumentul că atacurile de anxietate erau o problemă biologică. El şi discipolii săi au înlocuit nevroza de angoasă cu nevroza simplă – o problemă provocată de un dezacord psihic, nu de gene sau biologie. La mijlocul secolului trecut, consensul psihiatric era că anxietatea este rezultatul unui conflict între dorinţele sinelui [*id*\ şi refulările supraeului – şi că, astfel, anxietatea constituie baza majorităţii tulburărilor mintale, de la schizofrenie la depresia psihonevrotică. Unul dintre principalele scopuri ale psihanalizei – şi ale celor mai multe forme de terapie prin vorbire – era de a ajuta pacientul să devină conştient şi să se împace cu anxietatea fundamentală împotriva căreia fuseseră activate toate acele „apărări ale eului" dezadaptative. Klein îşi va aminti mai târziu că „teoria psihiatrică predominantă în America era că toate psihopatologiile erau secundare anxietăţii, cauzată la rândul ei de conflictul intra-psihic" 4.

Dar aceste lucruri nu erau compatibile cu ceea ce Klein a descoperit în studiile sale cu imipramină. Dacă anxietatea era forţa din spatele tuturor psihopatologiilor, atunci de ce imipramina – care părea să elimine panica pacienţilor cu nevroză de angoasă – nu ajuta schizofrenicii cu psihozele lor? Poate, s-a aventurat Klein, nu toate bolile mintale sunt pe spectrul anxietăţii, aşa cum au crezut freudienii.

Teoria spectrului anxietăţii susţinea că ceea ce determina gravitatea unei tulburări mintale era intensitatea anxietăţii subiacente: anxietatea moderată ducea la psihonevroză şi la diverse comportamente nevrotice; anxietatea severă ducea la schizofrenie sau la boala maniaco-depresivă. Pentru mulţi freudieni

tradiţionalişti, contextul – cum ar fi podurile sau lifturile sau avioanele – care tindea să provoace atacuri acute de anxietate avea o semnificaţie simbolică şi adesea sexuală care explica anxietatea pe care o provocau.

Prostii, a spus Klein. Trauma din copilărie sau refularea sexuală nu provoacă panică; o defecţiune biologică poate face asta.

Klein a tras concluzia că aceste atacuri de anxietate paroxistică – pe care le va numi atacuri de panică – îşi au originea într-o eroare a biologiei care provoacă o reacţie sufocantă de alarmă, sintagma folosită de el pentru a desemna cascada activităţii fiziologice care duce, printre altele, la ceea ce este resimţit ca atac spontan de teroare copleşitoare. Ori de câte ori cineva începe să simtă că se asfixiază, monitoarele fiziologice interne detectează problema şi trimit semnale către creier, provocând o activare intensă, senzaţia de sufocare şi necesitatea de a fugi – un mecanism adaptativ de supravieţuire. Dar unii oameni, conform teoriei lui Klein a alarmei false de sufocare, au monitoare defecte care uneori se activează chiar dacă individul primeşte suficient oxigen. Asta face persoana să aibă simptomele fizice care alcătuiesc atacul de anxietate. Sursa panicii nu este conflictul psihic, ci conexiuni fiziologice greşite – circuite pe care imipramina le repară cumva. Informaţiile lui Klein sugerează că imipramina elimină atacurile spontane de anxietate la majoritatea pacienţilor afectaţi.

Când Klein a publicat în 1962 un raport5 iniţial despre imipramină în *The American Journal of Psychiatry*, acesta a fost primit, după cum îşi aminteşte, „ca proverbialul balon de plumb” 6. Articole7 ulterioare, publicate în următorii câţiva ani, în care susţinea că tulburarea de panică constituie o tulburare diferită de anxietatea cronică, au fost receptate cu o neîncredere similară. Era atacat din toate părţile şi acuzat de apostazie. Dar pentru că imipramina părea să vindece atacurile de panică fără să afecteze sentimentele de

aprehensiune generală şi nevrozele, Klein a rămas convins că atacurile de panică au simptome şi cauze fiziologice diferite ca tip, nu doar ca grad, de alte forme de anxietate.

Deşi nu asta îşi propusese, Klein a reuşit ceea ce este cunoscut ca prima disecţie farmacologică: pornind de la efectele unui medicament şi parcurgând calea inversă, a definit o nouă categorie nosologică, delimitând atacul de panică de anxietatea generală care se presupunea că ar sta la baza nevrozelor freudiene.

Disecţia farmacologică a anxietăţii realizată de Klein a fost întâmpinată cu o ostilitate enormă de colegii săi. La o conferinţă din 1980, chiar când publicarea *DSM-III* confirma existenţa tulburării de panică, prezentarea lui Klein despre modul în care răspunsul de alarmă la sufocare antrena atacul de panică a fost urmată imediat de o prelegere susţinută de John Nemiah, multă vreme editor al prestigioasei *American Journal of Psychiatry*. Contrazicându-l pe Klein, Nemiah afirma că atacul de panică nu avea nimic de-a face cu un răspuns de alarmă la sufocare sau cu probleme de configuraţie biologică, ci era mai degrabă „reacţia eului individului […] la ameninţarea conştientizării impulsurilor, sentimentelor şi gândurilor neplăcute, interzise, nedorite, înfricoşătoare” 8.

Deşi teoria lui Klein a fost întrucâtva adoptată oficial de psihiatria americană începând din 1980, este în continuare controversată. Dr. W., terapeutul meu din prezent, doctor în psihologie care şi-a făcut studiile în anii ’60, deplânge faptul că munca lui Klein a dus la o schimbare fundamentală a modului în care gândim bolile mintale, provocând trecerea de la modelul dimensional, predominant în epoca *DSM-II*, la modelul categorial instaurat odată cu publicarea *DSM-III în* 1980. Conform modelului dimensional, depresia, nevroza, psihonevroza, tulburarea de panică, anxietatea generală, anxietatea socială, tulburarea obsesiv-compulsivă ş.a.m.d. există toate de-a lungul unui spectru şi au aceeaşi rădăcină în ceea ce Freud numea conflicte intra-psihice (sau ceea ce dr. W.

numeşte „răni ale sinelui”). Conform modelului categorial, aşa cum apare în *DSM* începând cu a treia ediţie, depresia, tulburarea de panică, anxietatea generală, anxietatea socială, tulburarea obsesiv-compulsivă ş.a.m.d. constituie categorii distincte, delimitate pe baza unor grupuri de simptome considerate a avea mecanisme biofiziologice diferite.

Între 1962, când Klein a publicat primul studiu asupra imipraminei, şi 1980, când a fost publicat *DSM-III*, modul în care psihiatria (şi cultura în general) gândea anxietatea a trecut printr-o transformare enormă. „E greu de imaginat că acum cincisprezece sau douăzeci de ani nu exista un astfel de concept [de tulburare de panică]” 9, se arată uimit Peter Kramer, psihiatru la Universitatea Brown, în cartea sa din 1993, *Listening to Prozac* (*Ascultând de Prozac*). „Nici la Facultatea de Medicină, nici în timpul rezidenţiatului, ambele în anii ’70, nu am întâlnit un pacient cu «tulburare de panică»”. Cu toate astea, tulburarea de panică este astăzi o boală diagnosticată frecvent (se estimează că aproximativ 18% dintre americani sunt afectaţi), iar „atacul de panică” a depăşit cadrul clinicii de psihiatrie şi a ajuns să facă parte din limbajul nostru obişnuit.

Tulburarea de panică a fost prima afecţiune psihiatrică pentru a cărei creare factorul determinant a fost o reacţie la medicamente: imipramina vindecă panica; *ipsofacto* trebuie să existe tulburarea de panică. Dar acest fenomen – în care un medicament a definit efectiv sindromul pentru care era prescris – se va repeta în curând.

DSM atribuie fiecărei tranşe de nebunie un nume şi un număr. Tulburarea de panică, de exemplu, este boala cu numărul 300.21, un cod de diagnostic. […] *Dar este cu adevărat o boală doar pentru că are un nume*?

— Daniel Cariat, *Unhinged*: *The Trouble with Psychiatry – a Doctor’s Revelations About a Profession in Crisis* (*Dezlănţuit*: *problema psihiatriei – revelaţiile unui*

medic despre o profesie în criza) (2010)

O reclamă10 din octombrie 1956 la prelegerea susţinută de Frank Berger, inventatorul Miltown, afirma că tranchilizantele sunt eficiente pentru tratarea tensiunii arteriale, îngrijorării, neliniştii, „tulburărilor gastrice ale directorilor”, „agitaţiei şefului” şi „nervilor gospodinei”. Niciuna dintre aceste afecţiuni nu era atunci şi nu este nici astăzi prezentă în *Manualul de diagnostic şi clasificare statistică* al Asociaţiei Americane de Psihiatrie (American Psychiatric Association – APA), ceea ce ne face să ne întrebăm dacă reţetele de Miltown nu aveau atât scopul de a trata tulburări psihiatrice reale, ci de a trata epoca – de a ameliora efectele a ceea ce Berger numea în prelegerea lui „tensiunea traiului din zilele noastre”.

De fiecare dată când apar noi terapii cu medicamente, se pune întrebarea unde ar trebui trasă linia între anxietatea ca tulburare psihiatrică şi anxietatea ca problemă normală a vieţii. Vedem asta din nou şi din nou în istoria farmacologiei: dezvoltarea tranchilizantelor este urmată de creşterea numărului de diagnosticări cu tulburări anxioase; dezvoltarea antidepresivelor este urmată de creşterea ratei depresiei.

Când APA a publicat prima ediţie a DSM-ului după sfârşitul celui de-al Doilea Război Mondial, infrastructura profesiei era încă freudiană: prima ediţie plasa toate tulburările pe un spectru al anxietăţii. „Principala caracteristică a tulburărilor [nevrotice] este «anxietatea»”, declara manualul, „şi poate fi simţită şi exprimată direct sau controlată inconştient şi automat prin diferite mecanisme de apărare”. A doua ediţie, publicată în 1968, a fost şi mai explicit psihanalitică. Când APA a decis în anii ’70 că era timpul pentru a treia ediţie, freudienii (care dominaseră grupul operativ ce a scris primele două ediţii) şi specialiştii în psihiatrie biologică (al căror statut fusese întărit de descoperirile recente ale cercetărilor farmacologice) s-au pregătit pentru o luptă aprigă.

Mizele erau mari. Medicii şi terapeuţii adepţi ai unor

şcoli diferite îşi vedeau soarta profesională ridicându-se pe culmi sau prăbuşindu-se în funcţie de îngustarea sau lărgirea definiţiilor bolilor în care erau specializaţi. Profiturile companiilor farmaceutice puteau exploda sau scădea brusc în funcţie de posibilitatea oferită de noile categorii de a promova – şi de a obţine aprobarea FDA pentru – noile medicamente pe care le produceau.

Publicarea *DSM-Iii în* 1980 a reprezentat o renegare cel puţin parţială a concepţiilor freudiene şi o victorie pentru psihiatria biologică. (Un istoric al medicinei numea *DSM-III* o „lovitură de moarte" pentru psihanaliză.) Nevrozele au ieşit din scenă şi în locul lor au apărut tulburările anxioase: tulburarea anxioasă socială, tulburarea anxioasă generalizată, tulburarea de stres posttraumatic, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de panică însoţită de agorafobie şi tulburarea de panică fără agorafobie. A triumfat disecţia farmacologică a panicii realizată de Donald Klein?

Î) Un alt mod de caracterizare a acestor lucruri era o victorie a adepţilor lui Kraepelin asupra freudienilor. Mulţi oameni de ştiinţă consideră că Emil Kraepelin, nu Sigmund Freud, este figura esenţială a istoriei psihiatriei. Psihanaliza, susţin aceşti eruditi, a fost efemeră; sistemul lui Kraepelin de clasificare a bolilor a precedat freudismul şi a fost mai durabil.

În 1890, când Freud şi-a deschis cabinetul la Viena, Kraepelin, pe atunci un medic de 34 de ani, a primit postul de profesor de psihiatrie la Universitatea din Heidelberg. Acolo, Kraepelin a devenit interesat de simptomele diferitelor tulburări mintale. El şi rezidenţii săi creau fişe de observaţie pentru fiecare pacient care se interna la clinica de la Heidelberg şi înregistrau simptome şi un diagnostic preliminar. Fiecare fişă era pusă apoi într-o „cutie de diagnostic". De fiecare dată când apărea un nou simptom şi când un diagnostic era revizuit, fişa pacientului era scoasă din cutie şi actualizată. Când pacientul era externat, se înregistrau dispoziţia sa afectivă şi

diagnosticul. De-a lungul anilor, Kraepelin a strâns sute de asemenea fişe, pe care le lua cu el în concedii pentru a le studia. „În acest mod am reuşit să obţinem o perspectivă de ansamblu, să vedem care diagnostice au fost incorecte şi să înţelegem motivele care ne-au dus la aceste concepţii false” 1 \ scria el.

Această înregistrare sistematică a simptomelor şi diagnosticelor pacienţilor poate să nu pară nouă astăzi, dar nimeni înaintea lui Kraepelin nu încercase să aplice tulburărilor mintale o astfel de observaţie şi clasificare detaliată. (De fapt, o excepţie o constituiau astrologii.12 în Iluminism, astrologii ţineau fişe medicale minuţioase, pentru a putea pune în paralel simptomele şi alinierea astrelor, căutând corelaţii care s-ar fi dovedit utile pentru viitoarele diagnostice şi tratamente. Se poate ca aceste fişe să-i fi ajutat pe astrologi să facă previziuni mai corecte ale cursului bolilor decât medicii, care acţionau mai degrabă pe baza intuiţiei decât a observaţiei sistematice. Cu alte cuvinte, este posibil ca astrologii să fi putut oferi tratamente în mai mare măsură bazate pe dovezi medicale decât o puteau face medicii.) Diagnosticele erau puse la întâmplare. Obiectivul lui Kraepelin era ca printr-o astfel de acumulare de informaţii să disece natura – să identifice categorii de simptome caracteristice fiecărei boli mintale şi să prevadă dezvoltarea acestora pe parcursul vieţii. Spre deosebire de Freud (care era ambiguu în privinţa faptului dacă boala mintală era o tulburare medicală sau o problemă însă, trecând tulburarea mintală de la freudism în domeniul diagnosticului medical, noul *DSM a*. făcut „tulburaţi” sau „bolnavi” mulţi oameni care înainte ar fi fost consideraţi doar „nevrotici”. Asta a fost mană cerească pentru companiile farmaceutice, care acum aveau mai mulţi oameni „bolnavi” pentru care să dezvolte şi să vândă medicamente. Dar era în beneficiul pacienţilor?

Iată o întrebare complicată. Pe de o parte, medicalizarea depresiei şi anxietăţii a contribuit la anularea stigmatului afecţiunilor care înainte fuseseră

considerate slăbiciuni ruşinoase de caracter şi le-a permis oamenilor să găsească alinare (adesea farmacologică) pentru suferinţa lor. Numărul celor care considerau depresia sau tulburările anxioase ca fiind probleme de sănătate – şi nu dovadă a unei slăbiciuni de caracter – a crescut enorm între 1980 şi 2000, pe măsură ce Prozac şi alte ISRS/SSRI au adus noi dovezi care susţineau ideea că depresia este o problemă determinată de un dezechilibru chimic? Pe de altă parte, extinderea categoriilor medicale ale tulburărilor psihice a avut efectul de a aduce în plasa companiilor farmaceutice nenumăraţi oameni sănătoşi mintal. Înainte de apariţia inhibitorilor de monoamipsihosocială de „adaptare”), Kraepelin a ajuns să creadă cu tărie că psihiatria era o subdiviziune a medicinei. Tulburările afective erau entităţi biologice care puteau fi identificate şi diferenţiate în acelaşi mod ca pojarul şi tuberculoză.

Kraepelin a folosit informaţiile despre simptome strânse cu ajutorul fişelor ca bază a manualului de psihiatrie pe care l-a publicat în 1883. Revizuit de mai multe ori pe parcursul anilor, *Compendium der Psychiatrie* a devenit cel mai influent manual de psihiatrie publicat vreodată. Până să ajungă la a şasea ediţie în 1899, devenise fundamentul clasificării psihiatrice.

Chiar şi la mijlocul secolului XX, când psihanaliza a marginalizat psihiatria biologică a lui Kraepelin, sistemul kraepelian şi cel freudian de clasificare a bolilor existau unul lângă celălalt. Când prima ediţie a *Manualului de diagnostic şi clasificare statistică* a fost publicată în 1952, aceasta a împărţit afecţiunile în categorii diferite de tulburări în funcţie de categoriile de simptome, în mare măsură în acelaşi mod în care o făcuseră manualele lui Kraepelin din secolul al XIX-lea. Însă terminologia care descria majoritatea acestor afecţiuni era psihanalitică, astfel încât aproape totul din primele două ediţii ale *DSM* era amestecat într-o ciorbă de nomenclatură medicală şi psihanalitică.

9 Voi spune mai multe despre asta în capitolul 7.

nooxidază şi a triciclicelor la sfârşitul anilor ’50, depresia (şi predecesorii săi) era un diagnostic rar, pus doar pentru aproximativ *1* % din populaţia americană. Astăzi, conform unor estimări oficiale, este un diagnostic aplicat unui procent de până la *15*%. Suntem oare cu adevărat mult mai deprimaţi în 2011 decât eram în 1960? Sau am definit depresia şi tulburările anxioase într-un mod prea larg, permiţând companiilor producătoare de medicamente să ne prostească (pe noi şi companiile de asigurări) să plătim pentru pastile care tratează boli de care nu ştiam că suferim, boli care nu existau înainte de 1980?

Publicarea fiecărei noi ediţii a *DSM* a avut intenţia de a oferi impresia unui progres ştiinţific. Şi, cu siguranţă, *DSM-III*, *DSM-IV* (care a apărut în 1994) şi *DSM-V* (care a apărut în 2013) au în mai mare măsură o bază empirică decât primele două ediţii. Pun un accent mult mai mic pe etiologic – adică pe cauzele presupuse ale diferitelor tulburări – şi mult mai mult pe descrierea clară a simptomelor? Dar acestea sunt totuşi deopotrivă documente politice şi documente ştiinţifice, reprezentând afirmaţiile unei şcoli psihiatrice împotriva alteia – şi, înainte de orice, reprezintă interesele profesionale ale psihiatrilor. „Sarcina APA” – şi, astfel, a *DSM* – „este de a proteja câştigurile psihiatrilor”[15], a declarat în 1986 Paul Fink, vicepreşedintele Asociaţiei Americane de Psihiatrie. Asistenţii sociali Stuart Kirk şi Herb Kutchins, coautori a doua cărţi despre istoria *DSM*, afirmă că aşa-numita biblie a APA este „o carte care încearcă să pună laolaltă înţelegeri de conjunctură” şi care a dus la „patologizarea comportamentelor de zi cu zi”[16].

---

15 9 Diferența dintre, să spunem, tulburarea anxioasă generalizată și tulburarea de panică este determinată nu de modul în care e dobândită boala - din

16 c auza geneticii sau a traumelor din copilărie sau a libidoului neeliberat -, ci de numărul minim de manifestări dintr-o listă de simptome pe care îl poate avea o anumită persoană.

Dacă priveşti mai îndeaproape procesul care a produs *DSM-III*, pretenţiile acestuia de rigoare ştiinţifică încep să pară mai degrabă forţate. În primul rând, unele dintre noile diferenţe între categorii par teribil de arbitrare. (De ce tulburarea de panică are drept criteriu prezenţa a patru simptome, şi nu a trei sau cinci, din lista de 13? De ce este necesar ca simptomele să dureze şase luni, şi nu cinci sau şapte, pentru un diagnostic oficial de tulburare anxioasă socială?) Directorul grupului operativ al *DSM-III*, Robert Spitzer, va recunoaşte ani mai târziu că multe dintre deciziile privitoare la manual au fost luate aleatoriu. Cu un lobby suficient de puternic, o anumită tulburare tindea să fie încorporată – aşa se explică de ce, de la ediţia a doua la cea de-a treia, *DSM* a ajuns de la 100 de pagini la 494 şi de la 182 de diagnostice la 265.

David Sheenan a făcut parte din grupul operativ al *DSM-III*. Îşi aminteşte că, într-o seară de la mijlocul anilor ’70, o parte dintre membrii grupului s-au întâlnit la cină în Manhattan. „În timp ce vinul curgea” 15, spune Sheehan, comitetul a început să vorbească despre modul în care cercetarea lui Donald Klein a demonstrat că imipramina blochează atacurile de panică. Asta părea dovada farmacologică a unei tulburări de panică diferite de alte tipuri de afecţiuni. După cum se exprimă Sheehan:

S-a născut tulburarea de panică. Şi apoi vinul a continuat să curgă şi psihiatrii din jurul mesei au început să vorbească despre un coleg care nu suferea de atacuri de panică, dar era îngrijorat tot timpul. În ce categorie l-am clasifica? El e doar cam anxios *în general*. Hei, ce spuneţi de „tulburare anxioasă generalizată”? Şi apoi au rostit un toast pentru botezul bolii cu următoarea sticlă de vin. În următorii 30 de ani lumea a strâns informaţii despre asta.

Sheehan, un irlandez înalt care conduce astăzi un centru de psihiatrie în Florida, este considerat aproape un apostat al profesiunii. Recunoaşte cu voioşie că intenţionează să „saboteze concepţia” conform căreia

tulburarea de panică este cu adevărat diferită de tulburarea anxioasă generalizată. Aşa că versiunea lui părtinitoare despre modul în care a apărut tulburarea anxioasă generalizată ar trebui poate privită cu oarecare scepticism. Însă Sheehan, care a studiat şi a tratat anxietatea decenii la rând, spune un lucru important: odată ce ai creat o nouă tulburare, aceasta începe să aibă o viaţă proprie. I se alipesc cercetări, pacienţii primesc acest diagnostic şi conceptul saturează cultura psihiatrică şi populară. Tulburarea anxioasă generalizată, afecţiune concepută în timpul unei cine la care a curs băutura şi înserată în DSMcu un set relativ arbitrar de criterii, are acum în spate mii de studii, şi FDA a aprobat mai multe medicamente pentru tratarea ei. Dar ce se întâmplă, întreabă Sheehan, dacă nu *există* de fapt tulburare anxioasă generalizată – cel puţin nu ca boală diferită de tulburarea de panică sau depresia majoră? 1 Dacă Sheehan are dreptate, înseamnă că un edificiu masiv de diagnostice, reţete şi studii ştiinţifice a fost construit pe ceva – tulburarea anxioasă generalizată – considerat real, dar care de fapt nu există.

[*Date fiind procentele din prezent de consum de Valium*], *intrarea în noul mileniu va coincide cu tranchilizarea totală a Americii*.

— „Benzodiazepines: Use, Overuse, Misuse, Abuse” („Benzodiazepine: utilizare, suprautilizare, utilizare greşită, abuz”), editorial în *The Lancet* (19 mai 1973)

La sfârşitul anilor ’50, chiar şi în timp ce Thorazine golea azilurile şi reţetele de antidepresive creşteau exponenţial, nimic nu concura cu succesul comercial nestăvilit al Miltown. De aici instrucţiunea primită de Leo Stembach, chimist la Hoffmann-La Roche din New Jersey: „Inventează un tranchilizant nou” 16, i-au spus şefii. Aşa că Stembach s-a gândit la cercetările asupra vopselelor bazate pe heptoxdiazine făcute de el în anii ’30, în cadrul unui program postdoctoral pe care îl urmase în Polonia. Ce s-ar întâmpla dacă le-ar modifica puţin? A testat pe

animale peste 40 de versiuni diferite – dar niciuna nu părea să aibă un efect tranchilizant. Hoffmann-La Roche a abandonat proiectul. Stembach s-a întors la cercetările cu antibiotice.

9 Să ne amintim din capitolul 2 că unele cercetări genetice sugerează că nu există de fapt o diferenţă semnificativă între depresie şi tulburarea anxioasă generalizată.

Dar într-o zi din aprilie 1957, un asistent de cercetare care făcea ordine în laboratorul lui Stembach a dat de o pudră (denumire oficială: Ro-5 – 090) care fusese sintetizată cu un an înainte, dar care nu fusese testată niciodată. Fără vreo speranţă, după cum va spune Stembach mai târziu, a trimis substanţa la laboratorul de teste pe animale la 7 mai, ziua în care împlinea 49 de ani. „Credeam că rezultatul negativ la care ne aşteptam va reprezenta încheierea cercetării acestei serii de compuşi şi că va constitui măcar un material publicabil. Nu ştiam atunci că era începutul unui program care ne va ţine ocupaţi mulţi ani". 17

La mulţi ani. Stembach inventase, aproape întâmplător şi fără să ştie, prima benzodiazepină: clordiazepoxida, care va primi denumirea comercială Librium (derivat din „equilibrium") şi care a reprezentat predecesorul Valium, Ativan, Klonopin şi Xanax, principalele medicamente anxiolitice ale epocii noastre. Din cauza unei erori de procesare chimică, Ro-5 – 090 avea o structură moleculară diferită de a celorlalţi 40 de compuşi pe care îi sintetizase Stembach. (Avea un inel de benzen de şase atomi de carbon legaţi de un inel de diazepină de cinci atomi de carbon şi doi atomi de azot – de unde „benzodiazepină".) Directorul departamentului de cercetare farmacologică de la Hoffmann-La Roche a testat noua substanţă pe pisici şi şoareci şi a descoperit, spre surpriza lui, că, deşi era de zece ori mai puternică decât Miltown, nu afecta semnificativ funcţia motorie a animalelor. *Time* a relatat că îngrijitorii de la Grădina

Zoologică din San Diego îmblânziseră un râs sălbatic cu Librium.18 Un titlu de ziar trâmbiţa: „Medicamentul care îmblânzeşte tigrii – ce efect va avea asupra femeilor care suferă de nervi?” 19

Pentru a evalua toxicitatea clordiazepoxidei asupra oamenilor, Stembach a făcut primul test pe el însuşi. A raportat că a simţit „o uşoară slăbiciune a genunchilor” 20 şi o uşoară ameţeală timp de câteva ore, dar altfel nu a resimţit alte efecte negative. Până la 24 februarie 1960, când FDA a aprobat medicamentul, Librium fusese deja administrat unui număr de aproximativ 20.000 de oameni. Primele rapoarte din revistele medicale îi ridicau în slăvi eficienţa. Pacienţii cărora până atunci numai terapia cu electroşocuri le putea controla anxietatea au declarat că Librium era la fel sau mai eficient. Un studiu publicat în *The Journal of the American Medical Associa*tion in ianuarie 1960 raporta că administrarea de Librium unui număr de 212 pacienţi din New Jersey internaţi în regim ambulatoriu care sufereau de diferite afecţiuni psihiatrice a determinat ameliorarea simptomelor unui procent de 88% dintre cei cu „anxietate liber flotantă”[17]. Cercetătorii au descoperit că medicamentul era eficient şi în tratarea „reacţiilor fobice”, „compulsiilor” (ceea ce am numi astăzi tulburare obsesiv-compulsivă) şi „tensiunii”. Coordonatorul unui alt studiu a proclamat dezvoltarea Librium ca fiind „cel mai semnificativ progres de până acum în tratarea psihofarmaceutică a stărilor de anxietate”[18].

Medicamentul a ajuns în farmaciile din America în martie 1960. Prima reclamă creată de Hofftnann-La Roche pentru Librium spunea că era pentru „tratarea anxietăţii obişnuite şi a tensiunii”[19], în primele trei luni, vânzările de Librium le depăşiseră pe cele de Miltown; până la sfârşitul

---

179 Stembach a dezvoltat și flurazepamul (vândut cu denumirea de Dal-

18m ane) și clonazepamul (vândut cu denumirea de Klonopin). Klonopin, la fel

19c a Valium, este astăzi prescris frecvent ca benzodiazepină cu durată lungă

anilor ’60, fuseseră date mai multe reţete pentru Librium decât pentru orice alt medicament din lume. Medicii îl prescriau pentru orice, de la mahmureală, tulburări digestive şi spasme musculare la orice fel de „tensiune”, „nervi”, „nevroză” şi „anxietate”. (Un medic a observat că Librium acoperea aceeaşi arie de indicaţii ca ginul.[20])

Librium a rămas cel mai frecvent prescris medicament în America până în 1969 – când a fost înlocuit de un alt compus sintetizat de Leo Stembach, care purta melodioasa denumire chimică 7-clor1, 3-dihidro-l – metil-5-fenil-2H-l, 4-benzodiazepin-2-onă. Acest nou medicament nu lăsa un gust amar ca Librium, iar studiile au descoperit că era de două ori şi jumătate mai puternic. Departamentul de marketing al Hoffmann-La Roche l-a numit Valium (din latinescul *vaiere*, „a fi bine” sau „a fi sănătos”), şi acesta a rămas cel bine vândut medicament din America până în 1982? în 1973.

Valium a devenit primul medicament din SUA care a depăşit vânzări de 230 de milioane de dolari (astăzi peste un miliard de dolari) 25 – chiar în timp ce predecesorul său, Librium, a continuat să fie unul dintre primele cinci cele mai prescrise medicamente din ţară. În 1975 se estima că una din cinci femei şi unul din 13 bărbaţi din SUA luaseră Librium, Valium sau alte benzodiazepine.26 Un studiu a descoperit că în anii ’70 18% dintre *medicii* americani luau regulat tranchilizante.27 Reclamele la acest medicament au ajuns omniprezente în revistele medicale. „Au trecut zece ani de când Librium este disponibil în farmacii” 28, era textul standard al reclamei la Librium în anii ’70. „Zece ani de anxietate, de tumult şi demonstraţii, de asasinate şi crize economice, de haos în Cuba şi Vietnam, în Biafra şi Cehoslovacia. Zece ani turbulenţi în care climatul mondial de anxietate şi agresiune a făcut ca Librium – cu acţiunea sa specifică de calmare şi cu marja sa semnificativă de siguranţă – să joace un rol unic şi tot mai important în ajutorul oferit

20d e acțiune.

omenirii de a face faţă provocărilor unei lumi în schimbare”.

Până la sfârşitul anilor ’70, Librium şi Valium făcuseră ca Hoffmann-La Roche – „casa construită de Leo” – să fie cea mai mare companie farmaceutică din lume. Benzodiazepinele deveniseră cel mai mare succes comercial din istoria medicamentelor prescrise.

Dar pe măsură ce vânzările de benzodiazepine creşteau în anii ’60 şi 70, se amplificau şi reacţiile negative faţă de acestea. Unii medici avertizau că se prescriau prea multe reţete. În 1973, Leo Hollister, psihiatru la Stanford, cugeta că „nu este sigur dacă amplificarea [utilizării de agenţi anxiolitici] este efectul timpurilor turbulente din ultimii zece ani sau al lansării pe piaţă de noi medicamente şi al promovării lor extinse sau al practicilor neglijente de prescriere a medicamentelor” 29. (Faptul că 18% dintre medici luau ei înşişi Valium poate explica o parte din neglijenţă.)

Până la mijlocul anilor ’70, FDA adunase numeroase rapoarte despre dependenţa indusă de benzodiazepine. Mulţi pacienţi care luaseră perioade îndelungate doze mari de Valium sau Librium aveau simptome fizice şi psihologice crâncene când încercau să renunţe la medicamente: anxietate, insomnie, migrene, tremor, vedere înceţoşată, tinitus, senzaţia că pe piele li se târăsc insecte şi depresie extremă – şi, în unele cazuri, crize, convulsii, halucinaţii şi idei delirante paranoice. Până la momentul în care Ted Kennedy a condus audierile din Senat din 1979 asupra pericolelor benzodiazepinelor, criticii aveau deja o literatură bogată de poveşti de groază. Printre altele, moartea lui Judy Garlanda a fost atribuită combinaţiei toxice de benzodiazepine şi alcool. Frica de benzodiazepine a fost foarte mediatizată de Barbara Gordon, o celebră scenaristă de televiziune de la CBS pe care dependenţa de Valium aproape că a distrus-o. Experienţa lui Gordon cu dependenţa de benzodiazepine, povestită în memoriile ei, *Pm Dancing as Fast as I Can*

(*Dansez cât pot de repede*), a avut un mare răsunet. Cartea a ajuns bestseller *New York Timesân* 1979 şi a fost ecranizată în 1982, cu Jill Clayburgh în rolul principal. Acesta a fost anul în care Public Citizen (Cetăţeanul Public), organizaţia condusă de Ralph Nader, avocat care apăra drepturile consumatorilor, a publicat *Stopping Valium*, unde se vorbea despre dependenţa masivă de benzodiazepine.

Criticii sociali erau îngrijoraţi că prescrierea fără măsură de Valium băga sub preş asperităţile sociale, tratând cu medicamente radicalismul, disidenţa şi creativitatea. „Trebuie să luăm în considerare implicaţiile mai largi ale unei culturi în care zeci de milioane de cetăţeni adulţi au ajuns să folosească substanţe psihoactive pentru a schimba practic fiecare faţetă a comportamentului lor din starea de veghe (şi de somn) ”[21], avertiza un medic în cadrul unei conferinţe ştiinţifice din 1971 pe tema consumului de medicamente. „Ce spune asta despre impactul tehnologiei moderne asupra stilului nostru de viaţă? Ce schimbări pot apărea în sistemul nostru de valori?” 1 Intelectuali marxişti ca Herbert Marcuse atribuiau consumul extins de pastile alienării aduse de capitalism. Adepţi ai teoriilor conspiraţiei invocau distopia lui Aldous Huxley *Minunata lume nouă*, susţinând că guvernul exercita control social prin tranchilizarea maselor (ceea ce e ironic, pentru că Huxley însuşi era un promotor entuziast al tranchilizantelor). Un editorial publicat în 1973 în prestigioasa revistă medicală britanică *Thelancet* se arăta îngrijorat că rata de atunci a consumului de Valium, care creştea cu şapte milioane de reţete pe an, însemna că „intrarea în noul mileniu va coincide cu tranchilizarea totală a Americii” i32.

Apropierea anului 1985, când expira brevetul pentru Valium, a contribuit la promovarea unei noi benzodiazepine, alprazolam, pe care Upjohn Company l-a

---

21a) Actriță și cântăreață americană, care a murit la 47 de ani din cauza unei supradoze accidentale de barbiturice (n. tr.).

lansat în 1981 cu denumirea comercială de Xanax. Apărut pe piaţă tocmai după ce *DSM-III* introdusese tulburările anxioase drept categorii clinice, Xanax s-a bucurat de un imens succes comercial datorită faptului că era primul medicament aprobat de FDA anume pentru tratarea noii tulburări de panică".

Mulţi pacienţi – şi cu mult înainte ca eu însumi să fiu unul dintre ei – au descoperit că Xanax ameliora atacurile de panică şi reclama standard de o pagină, în care se spunea povestea lui Jan. „Poate că vezi multe ca Jan în cabinetul tău", continua reclama. „Necăsătorite, cu o stimă de sine scăzută. Jan nu a găsit niciodată un bărbat care să se ridice la înălţimea tatălui ei. Acum înţelege că urmează un tipar perdant – şi că s-ar putea să nu se căsătorească *niciodată*". Remediul? Valium. („Te trezeşti dimineaţa şi simţi că nu mai are rost să mai treci printr-o zi ca asta", scria Betty Friedan în 1963 în *The Feminine Mystique* [*Mistica feminină*]. „Aşa că iei un tranchilizant pentru că te face să nu-ţi mai pese atât de tare că nu are sens.")

9 După cum s-a dovedit, cele mai mari vânzări de Valium s-au înregistrat în 1973.

h) Această aprobare nu a fost necontroversată. Primele studii favorabile efectului pe care-l avea Xanax asupra panicii au fost publicate în *Archives of General Psychiatry*, al cărei editor de atunci, Daniel Freedman, s-a dovedit a fi pe statul de plată al Upjohn ca membru al Departamentului de Medicină. Criticii au afirmat că asta îl făcuse să fie părtinitor şi că studiile nu ar fi trebuit publicate, pentru că erau prost concepute şi nu demonstrau de fapt eficienţa medicamentului.

reducea simptomele fizice ca ameţeala, palpitaţiile şi tulburările gastrointestinale, precum şi simptomele psihice, ca timiditatea excesivă şi sentimentul de groază. (Poeta Marie Howe i-a spus o dată unui prieten de-al meu căruia îi era frică să zboare după 9/11: „Ştii uşa din creierul tău pe care scrie *Frică*? Xanax o închide".) Până în 1986, Xanax depăşise Miltown, Librium şi Valium şi

devenise cel mai bine vândut medicament din istorie. De atunci încoace domină piaţa de tranchilizante?

Anxietatea şi tensiunea par foarte prezente în cultura noastră modernă, şi tendinţa actuală este de a scăpa de neplăcerea efectelor acestora. Dar când a fost viaţa lipsită de stres? Este de dorit pe termen lung ca populaţia să nu fie afectată de tensiune? Ar trebui să existe o pastilă pentru fiecare dispoziţie afectivă şi pentru fiecare ocazie?

— Dintr-un raport din 1956 realizat de Academia de Medicină din New York

Benzodiazepinele au constituit principalul tratament farmaceutic al anxietăţii timp de mai bine de o jumătate de secol. Dar abia la sfârşitul anilor ’70 a reuşit specialistul italian în neuroştiinţe Erminio Costa – şi el un veteran al laboratorului lui Steve Brodie de la Institutul Naţional de Sănătate – să identifice principalul mecanism chimic al acestora: efectul asupra neurotransmiţătorului numit acid gama-aminobutiric sau GABA, care reduce rata de activare a neuronilor.

Nişte neuroştiinţă scurtă şi suprasimplificată: un neurotransmiţător numit glutamat excită neuronii şi îi face să se activeze mai rapid; intervine GABA şi inhibă neuronii, reducându-le nivelul de activare şi calmând activitatea cerebrală. (Dacă glutamatul este principalul accelerator al circuitelor cerebrale, GABA este principala frână.) Costa a descoperit că benzodiazepinele se leagă

În 2010, Xanax era al 12-lea cel mai prescris medicament din America şi cel mai frecvent prescris medicamente psihotrop – depăşind Prozacul şi orice alt antidepresiv.

de receptorii GABA de la nivelul fiecărui neuron, amplificând efectele inhibitoare ale GABA şi inhibând activitatea sistemului nervos central. Legându-se de receptorii GABA, benzodiazepinele schimbă structura moleculară a receptorilor într-un mod care face semnalul GABA să fie mai durabil, ceea ce face le rândul său ca neuronul să se activeze în continuare mai lent, calmându-

se astfel activitatea cerebrală.

Cunoaşterea acestei mici părţi din neuroştiinţe mi-a oferit o metaforă utilă pentru înţelegerea modului în care creierul meu produce anxietate şi în care Xanax o reduce. Când anxietatea creşte, sistemul meu nervos autonom intră în modul de luptăsau-fugă, gândurile încep să-mi alerge prin minte şi îmi imaginez tot felul de lucruri catastrofale; simt cum corpul meu o ia razna, îmi imaginez că prin sinapsele mele trec impulsuri din ce în ce mai rapid, ca într-un motor supraîncălzit. Iau un Xanax şi, dacă sunt norocos, după vreo treizeci de minute aproape că simt cum sistemul GABA pune frână şi cum benzodiazepinele se leagă de receptori şi inhibă activarea neuronală. Totul… devine… din ce… în ce… mai lent.

Bineînţeles, aceasta este o metaforă mai degrabă reducţionistă. Oare anxietatea mea se reduce până la urmă la cât de bine sunt închise canalele ionice de clor sau la viteza activării neuronilor din amigdala mea? Ei bine, da, la un anumit nivel. Rata activării neuronilor din amigdală corelează destul de direct cu felul în care resimt anxietatea. Dar a spune că anxietatea mea este reductibilă la ionii din amigdala mea este la fel de limitant ca a spune că personalitatea mea sau sufletul meu este reductibil la moleculele care alcătuiesc celulele mele cerebrale sau la genele în care e înscris codul acestora.

În orice caz, am o preocupare mai practică: ce efect are asupra creierului meu această utilizare îndelungată de benzodiazepine? Până acum, am luat benzodiazepine (Valium, Klonopin, Ativan, Xanax) în diferite doze şi cu o frecvenţă variabilă timp de mai bine de 30 de ani. Vreme de câţiva ani, în această perioadă, am fost permanent pe tranchilizante luni în şir.

„Valium, Librium şi alte medicamente din această categorie afectează creierul. Am văzut leziuni ale cortexului cerebral care consider că au fost provocate de consumul acestor medicamente, şi încep să mă întreb dacă leziunile sunt permanente” 33, avertiza în 1976 David

Knott, medic la Universitatea din Tennessee. În următorii 30 de ani, nenumărate articole din diverse reviste ştiinţifice au raportat existenţa unor afecţiuni cognitive observate la consumatorii pe termen lung de benzodiazepine. Un studiu din 1984 realizat de Malcolm Lader a descoperit că creierul oamenilor care au luat tranchilizante perioade îndelungate s-a micşorat fizic.34 (Studii ulterioare au arătat că diferite benzodiazepine par să determine micşorarea anumitor regiuni cerebrale.) Explică asta de ce la vârsta de 44 de ani, după câteva zeci de ani de consum intermitent de tranchilizante, am impresia că sunt mai prost decât înainte?

CAPITOLUL 7

Medicamentele şi semnificaţia anxietăţii

Când a apărut Valium, şi pacienţii, şi medicii lor erau dispuşi să-şi definească problemele în funcţie de anxietate. […] *Când Prozac, un medicament împotriva depresiei, a intrat în scenă, accentul a căzut pe depresie ca esenţă a suferinţei.*

— Edward Shorter, *A History of Psychiatry* (O *istorie a psihiatriei*) (1997)

În primăvara lui 1997, după un an dificil – divorţul părinţilor mei, o situaţie neplăcută la slujbă, o poveste urâtă de dragoste – şi după nişte luni fără medicamente psihiatrice, am început, la insistenţele terapeutului, să iau Paxil, un ISRS/SSRI al cărui nume generic este paroxetină.

După vreo săptămână pe Paxil, am simţit o infuzie de energie soră cu mania: dormeam din ce în ce mai puţine ore, dar fără să mă simt obosit peste zi; puteam, pentru prima oară în viaţă, să mă trezesc dimineaţa şi să simt că am energie, şi asta în mod regulat. Uşoara manie a trecut, însă ce a urmat a fost o înseninare a dispoziţiei mele afective. Am încheiat – în sfârşit, după mai multe tentative eşuate – relaţia co-dependentă şi disfuncţională cu prietena mea, cu care eram de aproape doi ani. Am obţinut o promovare la mica revistă la care lucram. Am început să am întâlniri cu alte fete.

La un moment dat în acea toamnă, mi-am dat seama că nu mai avusesem un atac de panică în toată puterea cuvântului din aprilie, de când începusem să iau Paxil – de departe cea mai lungă perioadă din şcoala generală până atunci. Eram mai puţin anxios, mă simţeam mai productiv şi mai implicat în munca mea şi mă bucuram de o viaţă socială activă. Stomacul mi se liniştise. Paxil era magic.

Chiar era? Care era cauza şi care era efectul? Promovarea pe care o obţinusem a venit după ce altcineva a plecat şi eu am fost avansat în acel post, ceea ce probabil s-ar fi întâmplat chiar dacă nu aş fi luat Paxil. Poate că datorită acelei mici îmbunătăţiri a statutului meu profesional, cu responsabilităţi zilnice tot mai interesante şi care îmi permiteau să fiu mai autonom, am început să am o mai mare stimă de sine, ceea ce m-a făcut să mă simt implicat profesional. Şi, deşi simţeam că Paxil îmi oferise cumva puterea de a rupe în sfârşit cordonul rezistent al co-dependenţei nevrotice care mă legase de prietena mea, poate că oricum aş fi făcut asta – şi, cu Paxil sau fără Paxil, nu încape îndoială că a fost eliberator să ies din acea relaţie. (Sunt sigur că şi pentru ea; nu am mai vorbit de atunci.) Aşa că poate această constelaţie specifică de evenimente din acea primăvară – promovarea, ruperea unei relaţii disfuncţionale şi sfârşitul iernii întunecate din Boston urmată de venirea primăverii – a fost ceea ce a atenuat anxietatea şi depresia mea. Poate că Paxil n-a avut nimic de-a face cu asta.

Dar cred că a avut. Începând cu acel scurt episod uşor maniacal, am simţit că întreaga mea experienţă era modelată de Paxil – iar acum ştiu că traiectoria mea clinică (hipomania, ameliorarea dispoziţiei afective, realizarea unor schimbări favorabile) este destul de obişnuită. Desigur, o altă posibilitate ar fi că m-am bucurat de primăvară şi vară datorită efectului placebo – Paxil a funcţionat pentru eu *credeam* că funcţionează. (în cazul efectului placebo, principalul mecanism este puterea credinţei, şi nu conţinutul chimic al vreunui medicament.)

Dar Paxil nu era magic – sau, dacă era, magia s-a terminat. Fiindcă după ce m-am zbenguit voios vreo zece luni într-o încântare medicamentoasă, sentimentul meu de invulnerabilitate n-a avut zile şi a fost sfâşiat în zece minute.

În primele luni pe Paxil – pentru prima oară în 20 de ani – am putut să zbor simţindu-mă doar puţin anxios. Aşa că într-o dimineaţă de februarie am condus nepăsător spre aeroport printr-o furtună teribilă din New England (cât e de bine să nu fii zile întregi într-un zbucium anxios înaintea unei călătorii cu avionul!), m-am urcat în avion şi m-am aşezat cu ziarul în braţe, pregătit pentru un zbor de o oră spre Washington, D.C. Nu pot spune că mi-am învins vreodată, chiar şi în primele zile glorioase când am început să iau Paxil, frica de zbor. Dar era o experienţă mai blândă, care se manifesta prin senzaţia de fluturi în stomac, transpiraţie a palmelor şi un sentiment de aprehensiune – ceea ce îmi imaginez că simt majoritatea oamenilor înainte de decolare. Aşa că, în timp ce avionul decola, stăteam acolo, un bărbat de 28 de ani care se simţea relativ competent şi adult (*Uite-mă*, mă gândeam, *redactor-şefal unei reviste*, *zburând la Washington în scopuri de afaceri*, *citind* New York Times), încrezător şi bine izolat de groază graţie dozei matinale de 20 mg de Paxil, mica pastilă roz care mă ferise de panică timp de câteva luni minunate.

Şi apoi, după ce am trecut de norii negri ai furtunii care a rămas sub noi, am dat de turbulenţe.

Au durat zece minute. Cel mult 15. Dar tot timpul am fost convins că o să ne prăbuşim – sau, mai rău, că o să-mi fie greaţă şi o să vomit. Cu mâinile tremurânde, am luat două Dramamine. Nu se serveau băuturi – însoţitorii de zbor fuseseră instruiţi să stea pe scaune, ceea ce mă îngrozea. Însă m-am uitat la ceilalţi pasageri şi niciunul nu părea prea tulburat. În stânga, un bărbat încerca să-şi citească ziarul în ciuda zvârcolirilor avionului; în dreapta, de cealaltă parte a culoarului, o femeie părea să moţăie. Mie îmi venea să urlu. Voiam cu disperare ca turbulenţele

să se termine (*Te rog, Doamne, te rog fa să se oprească şi o să cred în tine şi o să fiu veşnic bun şi evlavios*) şi ca Dramamine să-şi facă efectul, şi voiam, mai mult decât orice, să fiu inconştient şi suferinţa să ia sfârşit.

Sigur, frica mea că ne prăbuşim probabil că nu mă acaparase de tot – chiar şi în acel moment mă mai îngrijora ceva: oare panica mea era atât de evidentă încât ceilalţi pasageri să o poată vedea? Logic, unul dintre motivele anxietăţii ar fi trebuit să-l anuleze pe celălalt: dacă urma să murim cu toţii, nu aş mai fi avut de ce să mă îngrijorez pentru un moment trecător de stânjeneală lumească înainte de a plonja în veşnica uitare, nu-i aşa? Pe de altă parte, dacă urma să fiu stânjenit după ce zborul se va fi încheiat, asta ar fi însemnat că nu *eram pe cale* să murim, nu? Şi în acel moment, să fiu în siguranţă pe pământ şi să nu fiu mort – indiferent cât de stânjenit – era ceva foarte dezirabil. Dar în creierul meu controlat de amigdală, cu sistemul nervos în alertă maximă, nu încăpea o astfel de claritate logică. Nu puteam să mă gândesc decât că *o să vomit şi o să fiu umilit şi o să mor şi sunt îngrozit şi nu vreau decât să nu mai fiu în situaţia asta şi să nu mă mai sui niciodată în vreun avion*.

Apoi ne-am ridicat deasupra norilor şi pe geam s-au văzut cerul senin şi soarele şi zborul a fost foarte lin. S-a stins semnul pentru centurile de siguranţă. Însoţitorii de zbor au început să servească băuturi. Sistemul meu nervos parasimpatic a intrat în funcţiune şi a oprit supraactivarea neuronilor hiperactivi din amigdala aflată în modul turbo şi, ajutat de Dramamine, m-am prăbuşit într-o stare uşurată de epuizare. După vreo jumătate de oră am aterizat fără incidente la Washington.

Dar Paxil nu mai funcţiona.

Nu a încetat de tot să mai aibă efect, cel puţin nu imediat. Dar se risipise iluzia de a fi înconjurat de un câmp de forţă invincibil creat de Paxil, care mă apăra de anxietate. Ştiu acum că asta nu e ceva rar. Anumite medicamente ISRS/SSRI pot reduce anxietatea şi atacurile

de panică – dar, conform modelului diateză-stres al paniciia, stimulii puternici (cum ar fi un zbor turbulent) pot sparge bariera chimiei ajustate de medicamente şi pot provoca astfel o anxietate intensă. Dat fiind efectul pe care spargerea barierei îl provoacă asupra gândurilor (sau „cogniţiilor”) individului, asta poate semăna cu ruperea unei vrăji. (în alte situaţii se poate ca anumite medicamente să nu mai aibă efect fără să apară provocări stresante; acest fenomen a fost numit „dezumflarea Prozac”).

După acea zi nivelul meu general de anxietate a început să crească treptat. Am reînceput să am atacuri de panică – uşoare şi rare la început, apoi mai severe şi mai frecvente. S-a reactivat fobia de zbor – trebuia să iau o doză mare de Xanax sau Klonopin sau a) Teorie conform căreia cauza anxietăţii este constituită deopotrivă din factori biologici (predispoziţie) şi factori de stres (n.tr.).

Ativan înainte să mă sui în avion, şi uneori nici asta nu era de ajuns. În timpul primului zbor cu avionul împreună cu Susanna, care avea să devină mai târziu soţia mea, anxietatea mea a ajuns atât de intensă imediat după decolare, încât am început să tremur şi să gâfâi frenetic, după care, în timp ce Susanna se uita uimită la mine, mi s-a contractat burta şi mi-am pierdut controlul asupra intestinelor. Plănuisem călătoria – trei zile la Londra – ca vacanţă romantică, o încercare de o curta şi de a o impresiona. Ăsta nu era un început bun. Nici restul nu a fost mult mai bine: în partea de vacanţă pe care nu am petrecut-o sedat la limita catatoniei cu doze masive de Xanax am tremurat îngrozit de perspectiva zborului de întoarcere.

Am continuat să iau Paxil câţiva ani, chiar şi după ce-şi pierduse magia antipanică, dintr-o combinaţie de inerţie şi frică de ce s-ar fi întâmplat dacă m-aş fi oprit. Dar în primăvara anului 2003 luam Paxil de şase ani şi anxietatea mea era din nou în plină floare. Venise timpul să încerc ceva nou.

Asta m-a împins să mă duc la psihofarmacologul dr. Harvard. La prima consultaţie, în timp ce îmi făcea anamneza, de parcă ar fi fost o demonstraţie a tulburării mele, am avut un atac de panică deplin, care m-a lăsat fără suflare şi cu lacrimi în ochi, incapabil să continui.

— Nu te grăbi, a spus dr. Harvard. Continuă când eşti pregătit.

Nu ştiu dacă din cauza anamnezei mele sau a intensităţii atacului pe panică pe care l-am avut neintenţionat în faţa lui, dr. Harvard a părut surprins când a aflat că perioade întregi de viaţă n-am luat niciun fel de medicamente. Părea uluit. Pentru el eram un caz dificil, neechipat pentru funcţionarea umană normală fără asistenţă farmaceutică.

Am discutat opţiunile farmacologice, stabilind în cele din urmă să iau Effexor, denumirea comercială pentru venlafaxină, un inhibitor al recaptării serotoninei şi noradrenalinei (IRSN/ SNRI), care împiedică absorbţia – crescând astfel nivelul intrasinaptic al – serotoninei şi noradrenalinei. Am vorbit despre cum să renunţ treptat la Paxil, ceea ce am reuşit, respectând cu atenţie instrucţiunile lui, scăzând doza puţin câte puţin într-un interval de câteva săptămâni.

De-a lungul anilor mă gândisem din când în când să renunţ de tot la medicaţia psihiatrică. *La urma urmei*, mă gândeam, *sunt destul de anxios când iau medicamente – cât de rău poate să fie fără ele*? Aşa că atunci când am reuşit în sfârşit să renunţ aproape de tot la Paxil m-am gândit *De ce nu, hai să încerc să zbor singur o vreme-nu mai iau pastile*. Am încetat să iau Paxil şi nu am început să iau Effexor.

Uite ce nu vezi în reclamele la medicamentele psihotrope de la televizor şi din reviste şi nici măcar, cu o înţelegere reală şi empatică, în literatura clinică: iadul prin care treci când renunţi la ele. Nu am luat niciodată heroină, aşa că nu pot să spun dacă e adevărat (presupun că nu e), dar mulţi oameni susţin că renunţarea la Paxil

este la fel de rea ca sevrajul de heroină. Durerile de cap. Epuizarea. Greaţa şi crampele stomacale. Ameţeala care-ţi slăbeşte genunchii. Senzaţia de bâzâit electric din creier – un simptom ciudat, dar frecvent. Şi, desigur, reapariţia anxietăţii: te trezeşti în fiecare dimineaţă cu inima bătându-ţi puternic şi cu o groază intensă; mai multe atacuri de panică în fiecare zi.

În ciuda dorinţei mele de „a fi eu însumi" şi de a funcţiona fără asistenţă farmacologică pentru prima dată în şase ani, nu am reuşit, aşa că într-o dimineaţă, după numai o săptămână fără Paxil, am luat prima doză de Effexor. În doar câteva minute m-am simţit mult mai bine: simptomele fizice s-au diminuat; starea mentală mi s-a îmbunătăţit.

Asta nu se poate să se fi datorat acţiunii terapeutice a Effexor – în general este nevoie de câteva săptămâni înainte ca ISRS/SSRI-urile şi SNRI-urile să se acumuleze în sinapse suficient cât să înceapă să aibă efect. Mai probabil ceva din Effexor a ameliorat cumva efectele sevrajului de Paxil. Dar care e cauza şi care e efectul? Oare anxietatea şi suferinţa fizică prin care am trecut după ce am renunţat la Paxil erau cu adevărat efectul sevrajului chimic? Sau era pur şi simplu modul în care mă simt eu fără medicamente? La urma urmei, luasem medicamente psihiatrice atât de mult timp, încât poate că uitasem cum mă simt cu creierul nesedat.

Sau suferinţa mea din acea primăvară era nu atât efectul experimentelor neprielnice de schimbare a medicamentelor, cât al stresului din viaţa mea? Două lucruri m-aşteptau la finalul verii: primul era termenul-limită pentru predarea manuscrisului primei mele cărţi, care până atunci fusese în gestaţie şase ani (aproximativ timpul în care luasem Paxil) şi care trecuse printr-o călătorie chinuitoare – de la editor la editor şi de la editură la editură, prin prăbuşirea în Alzheimer a subiectului biografiei mele şi implicarea din ce în ce mai invazivă a familiei lui – pentru a ajunge aici; celălalt era data când

soţia mea urma să nască primul nostru copil? E greu de spus care anume dintre dificultăţile pe care le-am îndurat în acea vară erau un răspuns la factorii de stres externi şi care erau provocate de medicamente. Şi e greu de spus care dintre dificultăţile provocate de medicamente erau efecte de sevraj de la medicamentele la care *renunţam* şi care erau efecte secundare ale medicamentelor pe care le *luam*.

E mare diferenţa dintre ce spun materialele promoţionale ale industriei farmaceutice şi studiile clinice (multe dintre ele subvenţionate prin granturi de cercetare oferite de industria farmaceutică) şi ce spun comunităţile neliniştite din mediul online. Cred că ambele tabere sunt în general oneste şi oferă informaţii precise (medicamentele pot avea beneficii terapeutice măsurabile; efectele secundare şi simptomele de sevraj pot fi groaznice), dar niciuna nu este întru totul demnă de încredere. Companiile producătoare de medicamente şi medicii pe care îi subvenţionează au interesul – motivat de profit – să promoveze pastilele; persoanele care iau medicamente sunt prin definiţie un grup nefericit, predispus, ca mine, la a fi copleşit cu uşurinţă de simptomele fizice. Studiile au arătat că oamenii care au un scor ridicat la scalele ce evaluează sensibilitatea la anxietate tind să resimtă efecte secundare mai severe la consumul de medicamente. (E mai probabil ca un grup de oameni neanxioşi care iau un ISRS/SSRI să fie

9 Naşterea unui copil are un scor ridicat pe Scala Stresului Holmes şi Rahe (*Holmes and Rahe Stress Scale*), care încearcă să evalueze efectele diferitelor tipuri de stres asupra sănătăţii mintale şi fizice.

mai puţin tulburaţi de vreun efect secundar şi, astfel, e mai puţin probabil să se plângă de asta pe un forum online.) Aşa că nu se poate pune un preţ mai mare pe discursurile antimedicamente ale comunităţii celor care înghit pastile decât pe măsurarea efectelor secundare şi a simptomelor de sevraj din literatura clinică uneori prea

entuziastă.

Deşi Effexor a ameliorat manifestările care păreau a fi simptomele fizice provocate de renunţarea la Paxil, anxietatea şi panica mea au continuat – şi apoi s-au amplificat. Când i-am spus asta doctorului Harvard, răspunsul lui, după cum tinde adesea să fie răspunsul psihiatrilor şi psihofarmacologilor, a fost „Trebuie să mărim doza”. Cantitatea de Effexor pe care o luam nu era suficientă, a spus el, pentru a corecta „dezechilibrul chimic” al sistemului meu serotoninergic şi noradrenergic. Aşa că am ajuns de la 37, 5 mg la 75 mg de Effexor de trei ori pe zi.

Punct în care nivelul anxietăţii mele a zburat prin tavan. Noaptea eram în ghearele unui atac de panică dezlănţuit. Ziua aveam mai multe atacuri de panică – şi chiar şi când nu treceam printr-unul mă simţeam de parcă tocmai urma să se întâmple. Niciodată nu mai simţisem o agitaţie atât de cronică şi persistentă; nu puteam să mă opresc, mă mişcam întruna şi aveam spasme, nu puteam să îndur senzaţia de a fi în propria piele. (Termenul medical pentru asta e „acatizie”.) La marginea conştiinţei mele au început să apară licăriri de sinucidere.

L-am sunat pe dr. Harvard.

— Nu pot să-l iau, i-am spus. Cred că poate ar trebui să renunţ la Effexor. Simt că înnebunesc.

— Trebuie să-i dai mai mult timp, a zis el şi mi-a scris o reţetă de Xanax despre care a spus că îmi va îmblânzi anxietatea, oferindu-i Effexorului timp să funcţioneze.

Prescrierea unei benzodiazepine (cum ar fi Xanax) pentru ameliorarea anxietăţii care apare când un pacient începe să ia un antidepresiv SSRI sau SNRI (cum ar fi Effexor) este practica standard începând de la sfârşitul anilor ’90. Iar în cazul meu asta a funcţionat – puţin, pentru scurt timp. Anxietatea s-a ameliorat întrucâtva şi panica a cedat, dar numai dacă-mi luam neabătut Xanaxul.

Ca să lucrez la carte închiriasem un birou părăginit de la etajul trei al unei clădiri deteriorate din cartierul

North End din Boston şi, ca să avansez mai rapid, angajasem o asistentă de cercetare, Kathy, cu care împărţeam spaţiul de lucru. Kathy era o cercetătoare excelentă şi, când nu eram panicat, o companie încântătoare. Dar eram stânjenit de anxietatea mea şi simţeam că trebuie să o ascund, ceea ce mă făcea să plec când simţeam că se activează. Aşa că inventam tot timpul treburi pe care le aveam de făcut ca să ies din birou?

L-am sunat încă o dată pe dr. Harvard. Şi iarăşi a spus:

— Încă nu ai ajuns la nivelul terapeutic de Effexor. Hai să creştem doza.

Aşa că am început să iau mai mult Effexor şi în câteva zile privirea îmi era înceţoşată şi nu puteam să urinez. L-am sunat pe dr. Harvard şi de data asta a părut alarmat.

Î) Adesea, faptul că scăpăm de la birou nu era suficient pentru a stăvili panica, aşa că mi-am făcut obiceiul să mă plimb câteva străzi până la Biserica Old North, unde se spune că în 1775, în timpul Războiului de Independenţă, se aprinseseră celebrele felinare care semnalizau pentru Paul Revere dacă armata britanică a ales calea terestră sau cea maritimă. Mă aşezam într-o strană austeră din spate şi priveam pictura în ulei de deasupra altarului care îl înfăţişa pe Iisus. În acel tablou, expresia lui Iisus este blândă, privirea îi este binevoitoare. Nu sunt un ateu inveterat, dar nu sunt nici credincios – sunt un agnostic de tipul cine ştie-cum-se-explică-toate-astea, un sceptic care, din obişnuitul meu exces de precauţie, refuză să nege sfidător că Dumnezeu există de frică să nu piardă pariul lui Pascal şi să descopere asta prea târziu, însă, în acele săptămâni disperate din vara anului 2003, stăteam în Biserica Old North şi mă rugam sincer în faţa tabloului cu Iisus. Mă rugam să-mi dea pace sufletească sau un semn că Dumnezeu există, ceva de care mă puteam agăţa şi pe care mă puteam baza în faţa asaltului nervilor mei. În căutarea ajutorului, am început

să citesc Biblia şi o istorie a primilor creştini, încercând să văd dacă mă puteam convinge cumva să cred şi să ajung la seninătatea psihică şi existenţială pe care socoteam că ar fi putut-o oferi.

Nu am reuşit. Şi, deşi am găsit întrucâtva calmantă simplitatea puritană, neîmpodobită, a bisericii, vizitele mele acolo nu prea au ajutat nici ele, mai ales la apogeul experienţei mele cu Effexor. Încercam să-mi liniştesc respiraţia – dar apoi eram copleşit de claustrofobie şi panică şi trebuia să ies rapid din biserică. Sfârşeam adesea tremurând pe o bancă în parc, părându-le probabil turiştilor o persoană fără adăpost care suferă de delirium tremens.

— Poate că ar trebui să renunţi la Effexor, a spus el.

Dar fusesem traumatizat de simptomele de sevraj prin care trecusem când am renunţat la Paxil şi i-am zis asta. (Sindromul de discontinuitate este acum un fenomen Paxil recunoscut clinic.)

— Îţi dau o reţetă pentru Celexa, a spus el, folosind denumirea comercială pentru citalopram, un alt ISRS/SSRI. Începe imediat să-l iei şi ia în continuare Xanax.

Aşa am făcut, şi după o zi vederea mi s-a limpezit şi am putut urina din nou, ceea ce părea să indice că acele probleme fuseseră efecte secundare ale medicamentului. Dar se poate să nu fi fost: tendinţa persoanelor care suferă de anxietate de a „somatiza” – de a-şi transforma nevrozele în simptome fizice – înseamnă că e posibil ca înceţoşarea vederii şi vezica recalcitrantă să fi fost reprezentări exclusiv fizice ale anxietăţii mele.

Trecerea de la Effexor la Celexa a fost mai lină decât fusese trecerea de la Paxil la Effexor, poate pentru că nu m-am dezvăţat de una înainte de a începe să o iau pe cealaltă. Însă de atunci înainte, în ciuda anxietăţii severe cronice şi intermitente, nu a mai trecut o zi fără să iau un antidepresiv SSRI şi nu am mai ajustat mult doza de frică să nu repet experienţa de-la-Paxil-la-Effexor. Uneori mă

gândesc melancolic la primele zile pe Paxil, când găsisem un minimum de uşurare, şi mă întreb dacă nu ar trebui să revin şi să încerc să ajung din nou în acea stare de nirvāṇa lipsită de panică. Dar cercetările clinice sunt pline de oameni care se întorc la medicamentele pe care le luaseră anterior doar pentru a descoperi că nu mai au efect.

Şi, în orice caz, experienţa dezvăţării de Paxil nu este una pe care să vreau să o repet.

Medicamente, *medicamente*, *medicamente*! *Şi cu ce m-am ales din asta*?

— *Clanul Soprano* (*The Sopranos*), Tony către dr. Melfi după un an de Prozac pentru atacuri de panică

Năvălind în conştiinţa naţională odată cu numărul din 26 martie 1990 al revistei *Newsweek*, pe a cărei copertă apărea o capsulă cu verde şi alb alături de titlul „A Breakthrough Drug for Depression" („Un medicament inovator pentru depresie"), fluoxetina, sub denumirea comercială de Prozac, va deveni antidepresivul reprezentativ al sfârşitului de secol XX – un succes răsunător pentru producător, Eli Lilly. Primul inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei (SSRI) lansat în SUA, Prozacul a depăşit rapid Xanaxul şi a ajuns cel mai bine vândut medicament psihotrop din istorie – şi SSRI-uri concurente (printre care Zoloft, Paxil, Celexa şi Lexapro) aveau curând să-l prindă din urmă.

Poate cu excepţia antibioticelor, SSRI-urile reprezintă cea mai bine vândută categorie de medicamente pe reţetă din istorie. Conform unei estimări1, în 2002, aproximativ 25 de milioane de americani – peste 5% dintre toţi bărbaţii şi peste 11% dintre toate femeile – luau un antidepresiv SSRI. Cifrele au crescut de atunci – o estimare2 din 2007 situa numărul americanilor care luat SSRI-uri la 33 de milioane. Aceste medicamente domină nu numai psihiatria din spitale şi din cabinetele medicale, ci şi cultura şi mediul nostru natural. Cărţi ca *Prozac Nation* (*Naţiunea Prozac*), *Prozac Diary* (*Jurnalul Prozac*) şi *Listening to Prozac* (*Ascultând de Prozac*) (şi, bineînţeles, *Talking Back*

to Prozac (*Răspunzând la Prozac*) au populat listele de bestselleruri ale anilor ’90, iar glumele cu Prozac şi Lexapro rămân un ingredient constant al filmelor şi caricaturilor din *New Yorker*. Oligoelemente de Prozac, Paxil, Zoloft şi Celexa au fost descoperite în ecosistemele broaştelor americane (provocând întârzieri de dezvoltare şi anomalii), în creierul şi ficatul peştilor din North Texas şi în Lacul Mead, cel mai mare rezervor din America, care alimentează cu apă potabilă Las Vegasul, Los Angelesul, San Diego şi Phoenix.3

Dată fiind măsura în care SSRI-urile au saturat cultura şi mediul nostru, s-ar putea să fie surprinzător că Eli Lilly, compania deţinătoare a mărcii înregistrate în SUA pentru fluoxetină, a anulat lansarea medicamentului *de şapte ori* din cauza rezultatelor neconvingătoare la teste. În urma examinării probelor neconcludente, precum şi a plângerilor legate de efectele secundare ale medicamentului, instituţia germană de reglementare a ajuns în 1984 la concluzia că, „Având în vedere beneficiile şi riscurile, considerăm această substanţă complet inadecvată pentru tratarea depresiei” 4. Primele teste clinice ale unui alt SSRI, Paxil, au reprezentat de asemenea eşecuri?

Cum au ajuns SSRI-urile de la a fi considerate ineficiente la a reprezenta una dintre categoriile de medicamente cu cele mai mari vânzări din istorie? în răspunsul la această întrebare se află o poveste despre cât de mult s-a schimbat într-un scurt răstimp modul în care înţelegem anxietatea şi depresia.

Încă o dată, povestea începe în laboratorul lui Steve Brodie de la Institutul Naţional de Sănătate. După ce a plecat de aici la Universitatea din Göteborg din Suedia în 1959, Arvid Carisson a administrat antidepresive triciclice şoarecilor al căror nivel de serotonină fusese scăzut artificial. Oare antidepresivele urmau să crească nivelul de serotonină? Da; imipramina avea efecte de inhibare a recaptării de serotonină. În anii ’60, Carisson a realizat

experimente similare cu antihistamine. Oare şi acestea aveau să inhibe recaptarea serotoninei? Din nou, da. Carisson a descoperit că o antihistamină numită clorfeniramină avea un efect mai puternic şi mai precis asupra receptorilor de serotonină din creier decât imipramina sau amitriptilina, triciclicele cel mai frecvent prescrise. Carisson a invocat această descoperire ca dovadă care susţinea ceea ce el a numit ipoteza serotoninergică a depresiei. A început apoi să aplice această descoperire încercând să creeze un antidepresiv mai puternic. „Acesta a fost punctul iniţial al apariţiei SSRI-urilor" 6, a scris istoricul medicinei Edward Shorter?

O serie de studii5 realizate în anii '80 au descoperit că imipramina, antidepresivul triciclic, este mai eficient decât Prozacul pentru tratarea pacienţilor cu depresie sau tulburare de panică. De asemenea, imipramina a declasat Paxilul în două studii de la începutul anilor '80 asupra pacienţilor cu depresie. În 1989, Paxil nu s-a dovedit mai eficient decât placeboul în peste jumătate dintre teste. Totuşi, patru ani mai târziu Paxilul a fost aprobat de FDA – şi până în 2000 a ajuns cel mai bine vândut antidepresiv de pe piaţă, depăşind Prozacul şi Zoloftul.

h) Carisson a dorit să realizeze teste clinice cu clorfeniramină administrată pacienţilor cu anxietate şi depresie, dar nu a făcut asta niciodată.

Carisson a făcut apoi experimente cu un alt antihistaminic, bromfeniramină (ingredientul activ al antitusivului Dimetapp). Şi aceasta bloca recaptarea serotoninei şi noradrenalinei în mai mare măsură decât imipramina. A modificat acest antihistaminic pentru a crea compusul HI02 – 09, care bloca numai recaptarea serotoninei. împreună cu o echipă de cercetători de la compania farmaceutică suedeză Astra, Carisson a depus dosarul ca să obţină brevetul pentru HI 02 – 09 – care de atunci a fost redenumit zimelidină – la 28 aprilie 1971. Primele teste clinice arătau că zimelidina avea un oarecare efect de reducere a depresiei, şi în 1982 Astra a pus pe

piaţa europeană antidepresivul Zelmid. Astra a acordat dreptul de distribuţie în America de Nord companiei Merck, care a pregătit lansarea medicamentului în SUA. Apoi a lovit tragedia: unii pacienţi care luau Zelmid au paralizat; câţiva au murit. Zelmid a fost scos de pe rafturile farmaciilor din Europa şi nu a fost niciodată distribuit în America.

Directorii de la Eli Lilly urmăreau cu interes desfăşurarea lucrurilor. Cu aproximativ zece ani înainte, biochimiştii de la laboratoarele din Indiana ale companiei obţinuseră derivaţi chimici ai unui alt antihistaminic, difenhidramină (ingredientul activ al antialergenului Benadryl), pentru a crea compusul numit LY-82816, care avea un efect puternic asupra serotoninei, dar un efect slab asupra nivelului de noradrenalină. Asta a făcut ca LY-82816 să fie cel mai „curat" sau „selectiv" compus dintre cei testaţi de cercetători? David Wong, biochimist la Eli Lilly, a transformat LY-82816 în compusul LY-110140 şi a raportat descoperirile în 1974 în revista *Life Sciences*? „în acel moment", va povesti Wong mai târziu, „cercetarea [compusului LY-110140] era un exerciţiu ştiinţific". Nimeni nu ştia dacă exista o piaţă pentru măcar un medicament psihiatric cu efect de amplificare a nivelului de serotonină – şi, din moment ce Zelmid avea deja un avans de câţiva ani de teste clinice şi era deja disponibil pe piaţă, Eli Lilly a pus deoparte LY-110140, numit acum fluoxetină.

Dar când Zelmid a început să paralizeze oameni, directorii Eli Lilly şi-au dat seama că fluoxetină avea acum şansa de a fi primul SSRI de pe piaţa americană, aşa că au repomit maşinăria de cercetare. Deşi primele teste clinice nu au avut un succes considerabil, medicamentul a fost aprobat şi a fost lansat în Belgia în 1986. În ianuarie 1988, fluoxetină a fost lansată în SUA, vândută ca „primul blocant specific şi puternic al recaptării serotoninei". Eli Lilly i-a dat denumirea comercială de Prozac, despre care o companie de cercetare de piaţă considera că sună bine.[22]

22 Prin opoziție, triciclicele și MAOI erau „murdare", sau „neselective",

Doi ani mai târziu, pastila a apărut pe coperta revistei *Newsweek*. Trei ani după aceea, Peter Kramer, psihiatru la Universitatea Brown, a publicat *Listening to Prozac*.

În vara anului 1993, când s-a lansat *Listening to Prozac*, eu aveam 23 de ani şi ajunsesem la al treilea antidepresiv triciclic – de data asta desipramină, a cărei denumire comercială este Norpramin. Am citit cartea fascinat, uimit de efectele enorme pe care Prozacul le avusese asupra pacienţilor lui Kramer. Mulţi dintre pacienţii săi au ajuns, cum se exprima el, „mai bine decât bine”: „Prozacul părea să-i facă pe cei timizi să se arate încrezători în diverse contexte sociale, pe cei sensibili – să fie îndrăzneţi, să ofere introvertiţilor abilităţile sociale ale unui agent de vânzări”. *Hmm*, m-am gândit. *Asta sună destul de bine*. Psihiatrul la care mă duceam de mult timp, dr. L, îmi recomandase Prozac de câteva luni bune. Dar, citindu-l pe Kramer, mă preocupa schimbul faustian care avea loc aici – ce se pierdea din sine sau din părţile în mai mare măsură idiosincrazice ale personalităţii când Prozacul făcea să dispară problemele de nervi sau melancolia. În cartea sa, Kramer ajungea la concluzia forţată că târgul merita în cazul pacienţilor grav anxioşi sau deprimaţi. Dar şi pe el îl îngrijora ceea ce numea „psihofarmacologia cosmetică” – utilizarea medicamentelor psihiatrice de către oameni „normali” sau „sănătoşi” pentru a fi mai fericiţi, mai sociabili, mai eficienţi profesional.

În scurt timp m-am alăturat milioanelor de americani care luau SSRI-uri – şi am luat un medicament sau altul aproape constant timp de 20 de ani. Cu toate astea, nu sunt pe deplin convins că aceste medicamente au funcţionat – sau că şi-au meritat preţul în bani, efecte secundare, traume provocate de trecerea de la un medicament la altul şi cine ştie ce efecte pe termen lung

în sensul că afectau nu numai nivelul de serotonină, ci și de noradrenalină, dopamină și al altor neurotransmițători, fapt considerat a explica numeroasele efecte secundare neplăcute.

asupra creierului meu.

După entuziasmul inițial pentru SSRI-uri, unele frici legate de tranchilizante din anii ’70 au început să se strângă în jurul antidepresivelor. „Este evident acum”, scria David Healy, istoric al psihofarmacologiei, „că rata de probleme de sevraj raportate [pentru Paxil] depășește ratele problemelor de sevraj raportate vreodată în legătură cu orice alt medicament psihotrop” 110.

„Paxilul este cu adevărat adictiv” 11, a spus Frank Berger, inventatorul Miltown, în 2008, cu puțin timp înainte să moară. „Dacă cineva ia Paxil, nu e simplu să-l faci să renunțe. […] Lucrurile nu stau așa în cazul Librium, Valium și Miltown”. Cu câțiva ani în urmă, medicul meu de familie mi-a spus că nu mai dădea rețete de Paxil pentru că mulți dintre pacienții ei raportau efecte severe de sevraj.

Chiar lăsând deoparte efectele de sevraj, există acum multe dovezi care sugerează – la fel ca acele prime studii care demonstrau ineficiența Prozacului și Paxilului – că s-ar putea ca SSRI-urile să nu funcționeze prea bine. În ianuarie 2010, *Newsweek* a publicat o relatare despre studii care sugerau că aceste medicamente de-abia dacă sunt eficiente ca pilule placebo pentru tratarea anxietății și depresiei. Două studii consistente din 2006 arătau că majoritatea pacienților nu se simt mai bine dacă iau antidepresive; doar o treime dintre pacienții care au participat la aceste studii s-au simțit semnificativ mai bine după primul test. În urma evaluării rezultatelor a zeci de studii asupra eficienței SSRI-urilor, revista *British Medical Journal* a ajuns la concluzia că Prozac, Zoloft, Paxil și alte medicamente din clasa SSRI „nu prezintă un avantaj semnificativ clinic în comparație cu placebo” 1112.

Cum este posibil? Zeci de milioane de americani – printre care eu și mulți oameni pe care îi cunosc – consumă laolaltă în fiecare an SSRI-uri în valoare de miliarde de dolari. Nu înseamnă asta că aceste medicamente sunt eficiente?[23]

23*) Ironic, succesul comercial inițial al SSRI-urilor s-a datorat mult

Nu neapărat. Cel puţin aceste rate mari de consum de SSRI-uri nu au făcut să scadă ratele de anxietate şi depresie autoevaluate – şi, de fapt, toată „pastilarea" asta pare să coreleze cu rate considerabil mai ridicate de anxietate şi depresie.

„Dacă te-ai născut în preajma Primului Război Mondial, în timpul vieţii tale prevalenţa depresiei este de aproximativ 1 %M13, spune Martin Seligman, psiholog la Universitatea din Pennsylvania. „Dacă te-ai născut în preajma celui de-al Doilea Război Mondial, prevalenţa depresiei din timpul vieţii tale pare să fie de aproximativ 5%. Dacă te-ai născut în anii '60, prevalenţa pare să fie între 10% şi 15%, şi viaţa încă nu s-a încheiat" – ceea ce înseamnă că în final acest procent va ajunge de fapt să fie mai mare. Asta reprezintă o creştere de cel puţin zece ori a numărului de diagnostice de depresie în doar două generaţii.

Acelaşi lucru se observă şi în alte ţări. În Islanda, incidenţa depresiei aproape s-a dublat între 1976 (înainte de apariţia SSRI-urilor) şi 2000.14 în 1984, cu patru ani înainte de lansarea Prozacului, Marea Britanie raporta 38 de milioane de „zile de incapacitate" (zile de concediu medical) din cauza depresiei şi tulburărilor anxioase15; în 1999, după zece ani de utilizare pe scară largă de SSRI-uri, Marea Britanie atribuia acestor tulburări 117 milioane de zile de incapacitate – o creştere de 300%. Anchetele din SUA asupra stării de sănătate arată că procentul de americani adulţi care au raportat că au fost incapacitaţi de depresie s-a triplat din anii '90.16 Aceasta e cea mai uimitoare statistică peste care am dat: înainte să existe

---

agitației publice de la începutul anilor '70 provocate de dependența de Valium, care a dus la căderea în dizgrație a benzodiazepinelor. Faptul că FDA a aprobat SSRI-urile pentru tratarea depresiei a dus la creșterea considerabilă a numărului de diagnostice de depresie, în timp ce rata diagnosticelor de anxietate scădea. Dar când FDA a aprobat ulterior SSRI-urile pentru tratarea anxietății, numărul diagnosticelor de anxietate a început iarăși să crească.

u) Aceste descoperiri sunt controversate și constituie subiectul unor dezbateri aprinse pe blogurile de psihiatrie și psihologie.

antidepresive, se considera că aproximativ 50 – 100 de oameni la un milion sufereau de depresie; astăzi, se estimează că *100.000 – 200.000* de oameni dintr-un milion au depresie. Într-un moment în care avem tratamente biochimice mai sofisticate decât oricând pentru tratarea depresiei, incidenţa depresiei este cu *1.000% mai mare.17*

În cartea sa din 2010 *Anatomy of an Epidemic* (*Anatomia unei epidemii*), jurnalistul Robert Whitaker a adus dovezi care sugerează că SSRI-urile de fapt *provoacă* depresie şi anxietate – că utilizarea de SSRI-uri din ultimii douăzeci de ani a determinat modificări organice în creierul a zeci de milioane de consumatori şi i-a făcut mai predispuşi să se simtă tensionaţi şi nefericiţi. (Statisticile Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii care arată că rata de sinucidere la nivel global a crescut cu *60%* în ultimii 45 de ani pare să dea greutate ideii că procentul de nefericire din lume a crescut în tandem cu utilizarea de SSRI-uri.18) Argumentul lui Whitaker conform căruia medicamentele provoacă boala mintală este controversat – majoritatea experţilor îl pun la îndoială, şi cu siguranţă nu este demonstrat. Totuşi, ce este clar e că explozia reţetelor de SSRI-uri a antrenat o expansiune drastică a *definiţiilor* tulburărilor depresive şi anxioase (precum şi o acceptare generală a folosirii depresiei şi anxietăţii ca scuză pentru a chiuli de la muncă), fapt care a determinat la rândul său o creştere a numărului de oameni care primesc aceste diagnostice.

S-ar putea ca peste 150 de ani să ne uităm înapoi şi să vedem antidepresivele drept un experiment periculos şi sinistru.

— Joseph Glenmullen, *Prozac Backlash* (*Reculul Prozac*) (2001)

În America, întrebarea dacă şi când ar trebui prescrise medicamente pentru suferinţa nevrotică obişnuită este legată de două tradiţii intelectuale concurente: rădăcinile noastre istorice în negarea de sine şi ascetismul strămoşilor noştri puritani *versus* credinţa

generaţiei de după cel de-al Doilea Război Mondial că toată lumea are dreptul la „căutarea fericirii” consacrat de documentul fondator al statului nostru. În psihiatria modernă, conflictul dintre aceste două tradiţii este pus în scenă în lupta dintre psihofarmacologia cosmetică a lui Peter Kramer şi aşa-numitul calvinism farmacologic.

Criticii psihofarmacologiei cosmetice (printre care, într-o oarecare măsură, şi Kramer) se îngrijorează pentru ce se întâmplă când milioane de pacienţi uşor nevrotici caută medicamente care să-i facă să fie „mai bine decât bine” şi când competiţia de a ajunge şi de a rămâne în vârf la locul de muncă duce la apariţia unei curse farmaceutice a înarmării. Sintagma „calvinism farmacologic” a fost introdusă în 1971 de Gerald Klerman, care se autodescria ca fiind un „psihiatru furios” şi care îşi propunea să lupte împotriva consensului incipient conform căruia dacă un medicament te face să te simţi bine probabil nu e bun.19 Viaţa e grea şi suferinţa e reală, susţineau Klerman şi aliaţii săi, aşa că de ce ar trebui să i se permită puritanismului nefondat să interfereze cu încercarea americanilor tensionaţi şi nefericiţi de a ajunge la linişte interioară?

Adepţii calvinismului farmacologic cred că a scăpa de durerea psihică fără efort sau zbucium înseamnă să diminuezi şinele sau sufletul; înseamnă să obţii ceva fără să dai nimic în schimb, un târg faustian potrivnic eticii protestante a muncii. „Din punct de vedere psihoterapeutic”, scria Klerman sardonic, „lumea este împărţită în cetăţeni de primă mână, sfinţii care pot să-şi obţină leacul sau salvarea prin puterea voinţei, intuiţie, prin psihanaliză sau modificarea comportamentului, şi restul oamenilor, care au o fibră morală slabă şi cărora le trebuie o cârjă” 20. Klerman a respins furios astfel de chestiuni, întrebându-se de ce, dintr-o convingere greşită de îndreptăţire morală, le-am nega americanilor anxioşi şi deprimaţi uşurarea suferinţei lor şi ocazia de a urmări scopuri mai înalte şi mai semnificative. De ce să rămâi în

mlaştina absorbirii debilitante de sine a nevrozei tale când o pastilă îţi poate elibera mintea?

Americanii sunt ambivalenţi în această privinţă. Luăm tranchilizante şi antidepresive cu miliardele – totuşi, în acelaşi timp, am dat verdictul istoric că faptul de a te baza pe medicamente psihiatrice este un semn de slăbiciune sau un eşec moral? Un studiu realizat de cercetătorii de la Institutul Naţional de Sănătate Mintală (NIMH) la începutul anilor ’70 a ajuns la concluzia că „americanii consideră că tranchilizantele sunt eficiente, dar au îndoieli considerabile cu privire la cât e de moral să le foloseşti” 21.

j) într-o măsură mult mai mare decât, să spunem, în Franţa, unde rata consumului de tranchilizante este mai ridicată, dar poate într-o măsură mai mică decât în Japonia, unde consumul de SSRI-uri este mult mai scăzut.

Ceea ce sună întrucâtva ilogic şi contradictoriu – dar se întâmplă să fiu de acord. Iau fără tragere de inimă şi tranchilizante, şi antidepresive şi cred că funcţionează – măcar puţin, măcar o vreme. Şi recunosc că, aşa cum mi-au spus mulţi psihiatri şi psihofarmacologi, s-ar putea să am o „afecţiune medicală” care îmi provoacă simptomele şi cumva „justifică” utilizarea acestor medicamente. Totuşi, cred în acelaşi timp (şi cred că societatea crede asta) că problemele mele de nervi sunt întrucâtva un defect de caracter sau o slăbiciune morală. Cred că nervii mei slabi mă fac să fiu laș și nevolnic, cu toată judecata negativă pe care o implică aceste cuvinte, motiv pentru care am încercat să ascund aceste trăsături – şi motivul pentru care îmi fac griji că folosirea medicamentelor ca să amelioreze problemele cu care mă confrunt demonstrează şi totodată intensifică slăbiciunea mea morală.

— Nu te mai judeca! spune dr. W. Îţi agravezi anxietatea!

Are dreptate. Şi totuşi nu pot să nu fiu de acord cu cei 40% de respondenţi la ancheta NIMH care au răspuns că sunt de aceeaşi părere cu afirmaţia „Slăbiciunea morală

este cauza bolii mintale, iar utilizarea de tranchilizante pentru a corecta sau a ameliora afecţiunea reprezintă o dovadă în plus a acestei slăbiciuni".

Desigur, pe măsură ce aflăm mai multe despre modul în care genele codifică anumite trăsături şi dispoziţii temperamentale ale personalităţii noastre, devine din ce în ce mai greu să susţii la fel argumentul slăbiciunii morale. Dacă genele mele mă fac să am o fiziologie anxioasă, cât de responsabil pot fi considerat pentru că tremur în situaţii înfricoşătoare sau pentru că am tendinţa să mă prăbuşesc când sunt stresat? Pe măsură ce se acumulează dovezi ale unei puternice baze genetice pentru tulburările psihiatrice, anchete mai recente despre atitudinea americanilor în privinţa utilizării medicamentelor psihiatrice dezvăluie o schimbare dramatică de opinie. În 1996, numai 38% dintre americani considerau depresia o problemă de sănătate – *versus* 62% care considerau depresia o dovadă de slăbiciune personală.22 Zece ani mai târziu, cifrele nu numai că s-au inversat: 72% considerau depresia o problemă de sănătate şi doar 28% o considerau o dovadă de slăbiciune personală.

Teoria serotoninergică a depresiei este comparabila cu teoria conform căreia masturbarea arp cauza nebuniei.

— David Healy, într-un discurs din 2002 de la Institutul de Psihiatrie din Londra

Cu cât sapi mai adânc în istoria încâlcită a anxietăţii şi psihofarmacologiei, cu atât devine mai clar că anxietatea are o bază biologică fermă şi cu un efect relativ direct. Anxietatea, la fel ca toate stările mentale, stă în interstiţiile neuronilor noştri, în supa de neurotransmiţători în care se scaldă sinapsele noastre. Reducerea anxietăţii vine din resetarea termostatului nostru nervos prin ajustarea compoziţiei acestei supe. Poate că, aşa cum scria Peter Kramer în *Listening to Prozac*, ceea ce-l apăsa pe străinul lui Camus – anhedonia, anomia – nu era decât o tulburare provocată de serotonină.

Şi dacă mai sapi puţin nimic nu mai e clar.

Chiar dacă progresul neuroştiinţelor şi geneticii moleculare ne-a permis să facem legături din ce în ce mai precise între proteina asta şi receptorul ăsta sau între neurotransmiţătorul ăsta şi emoţia asta, unele dintre primele descoperiri ale psihiatriei biologice au fost grăitoare.

Preamărirea Prozacului în urmă cu un sfert de veac a dat naştere unui cult al serotoninei ca „neurotransmiţător al fericirii”. Dar încă de la început unele studii nu au reuşit să găsească o diferenţă semnificativă statistic între nivelul de serotonină al oamenilor deprimaţi şi al celor care nu erau deprimaţi. Unul dintre primele studii23 asupra unui grup de pacienţi deprimaţi, publicat în 1976 în revista *Science*, a descoperit că numai jumătate aveau niveluri atipice de serotonină – şi că numai jumătate dintre aceştia aveau un nivel de serotonină sub medie, ceea ce înseamnă că doar un sfert dintre pacienţii deprimaţi puteau fi consideraţi a avea un deficit de serotonină. De fapt, un număr la fel de mare aveau niveluri de serotonină *peste* medie. Numeroase studii ulterioare au avut rezultate care au complicat ideea unei relaţii coerente între deficienţa de serotonină şi boala mintală.

Evident, corelaţia între serotonină şi anxietate sau depresie este mai puţin directă decât se credea înainte. Nimeni altul decât tatăl ipotezei serotoninergice a depresiei, Arvid Carisson, a anunţat că psihiatria trebuie să renunţe la ea. În 2002, la o conferinţă din Montréal, el a declarat că trebuie „să abandonăm ipoteza simplistă” 24 conform căreia o tulburare afectivă este efectul „unui nivel fie anormal de ridicat, fie anormal de scăzut al unui anumit neurotransmiţător”. Nu demult, George Ashcroft, psihiatru cercetător din Scoţia care, în anii ’60, a fost unul dintre oamenii de ştiinţă responsabili pentru promulgarea teoriei dezechilibrului chimic drept cauză a tulburării mintale, a renunţat la această teorie când cercetări ulterioare nu au reuşit să o confirme.25 în 1998, Elliot Valenstein, specialist în neuroştiinţe de la Universitatea din Michigan, a dedicat

o carte întreagă, *Blaming thebrain* (*învinovăţind creierul*), ideii că „dovezile nu confirmă niciuna dintre teoriile biochimice ale tulburării mintale”. 26

„Am vânat explicaţii neurochimice globale şi simple ale tulburărilor psihologice şi nu am găsit niciuna” 27, a recunoscut în 2005 Kenneth Kendler, redactor-şef la revista *Psychological Medicine* şi profesor de psihiatrie la Virginia Commonwealth University.

Dar dacă motivul pentru care nu am reuşit să identificăm modul în care funcţionează Prozac şi Celexa este că de fapt nu funcţionează? „Medicamentele psihiatrice fac mai mult rău decât bine”, spune Peter Breggin, psihiatru instruit la Harvard, martor care apare frecvent în procesele împotriva companiilor farmaceutice. El se bazează pe studii care arată că antidepresivele îi fac doar pe o treime dintre pacienţi să se simtă mai bine.

Însă studiile nu au descoperit în general că rata de răspuns ar fi mai mare la alte forme de tratament. Şi nu se poate ca psihiatrii şi psihofarmacologii din prima linie, care susţin constant că au văzut din nou şi din nou că aceste medicamente funcţionează, să fi fost toţi păcăliţi de campaniile de marketing ale industriei producătoare de medicamente. Uneori, realitatea statistică a studiilor dublu-orb randomizate spune una, iar realitatea clinică (ceea ce observă psihiatrii şi medicii de familie în privinţa pacienţilor) spunea alta. Ce să înţelegem din toate astea?

Sunt dispus să cred că, cel puţin în parte, ambele tabere implicate în această dezbatere sunt de bună-credinţă. Susţinătorii promedicamente – oameni ca Gerald Klerman şi Frank Berger şi Peter Kramer şi dr. Harvard – au o dorinţă hipocratică plină de compasiune de a reduce suferinţa anxioasă a pacienţilor folosind medicamente şi sunt sinceri în dorinţa lor de a destigmatiza tulburările anxioase şi depresia clinică prin clasificarea acestora ca probleme medicale. Cruciaţii anti-medicamente – oameni ca Peter Breggin şi dr. Stanford – sunt sinceri în dorinţa lor de a proteja pacienţii şi potenţialii consumatori de ceea ce

ei consideră rapacitatea companiilor farmaceutice şi de a ajuta pacienţii să se vindece de anxietate prin propriile resurse interioare, nu cu ajutorul unor medicamente care pot provoca dependenţă.

Sunt empatic cu criticii în mai mare măsură rezonabili ai industriei farmaceutice. Pot spune nu numai pe baza miilor de studii pe care le-am cercetat, ci şi pe baza propriei mele experienţe, că, sub unele aspecte, criticii au dreptate în mod evident – au dreptate în privinţa efectelor secundare debilitante, au dreptate în privinţa problemelor de dependenţă şi sevraj, au dreptate să fie sceptici că aceste medicamente acţionează atât de eficient pe cât spune reclama, au dreptate să fie îngrijoraţi de posibilele efecte pe termen lung ale unei societăţi atât de medicalizate. Dar, sub alte aspecte, cred că se înşală. Studiile indică faptul că medicamentele pot funcţiona – da, doar o parte din timp, doar la unii oameni, uneori cu efecte secundare crâncene şi cu simptome severe de sevraj şi probleme de dependenţă. Şi, da, nu ştim care sunt pagubele pe termen lung pe care le provoacă la nivelul creierului nostru. Şi, da, categoriile de diagnostic au fost umflate artificial sau distorsionate de companiile farmaceutice şi de industria asigurărilor. Dar pot spune pe baza autorităţii mele personale câştigate cu greu că e vorba de o adevărată suferinţă afectivă, care poate fi destul de debilitantă, şi pe care aceste medicamente o pot ameliora, uneori doar puţin, alteori profund.

Când vorbesc despre asta cu dr. W., el spune că propria experienţă clinică se potriveşte cu lucrurile pe care le-am descoperit în cercetarea mea: există o variabilitate enormă a modului în care pacienţii răspund la diferite medicamente. A tratat o dată o pacientă ai cărei părinţi erau supravieţuitori ai Holocaustului. Era profund deprimată; doctorului W. Îi era clar că interiorizase vinovăţia supravieţuitorului, un fenomen obişnuit. A lucrat cu ea timp de mai multe luni încercând să o facă să recunoască asta şi să nu mai fie nefericită. Nimic nu ajuta;

depresia ei devastatoare s-a menţinut săptămână după săptămână. Apoi a încercat Prozac. După câteva săptămâni, a venit într-o zi la şedinţă şi a spus „Mă simt minunat”. După alte câteva săptămâni s-a declarat vindecată şi a încheiat tratamentul. 1-0 pentru SSRI-uri.

Dar cam în aceeaşi perioadă dr. W. a avut un alt pacient, un bărbat care suferea de tulburare obsesiv-compulsivă şi depresie uşoară. Şi acest pacient a început să ia Prozac – şi în 48 de ore era la spital pentru ideaţie suicidară acută. I-l.1

Dr. W. are un coleg psihofarmacolog cu care colaborează de ani întregi. Au tratat împreună numeroşi pacienţi cu tulburări anxioase. Ori de câte ori un pacient se simţea mai bine, dr. W. Îi spunea psihofarmacologului:

— E evident că medicamentele tale l-au ajutat.

Şi el îi răspundea dr. W.

— Nu, e evident că psihoterapia ta l-a ajutat.

Şi apoi râdeau şi se felicitau unul pe celălalt pentru încă o reuşită. Dar, după cum recunoaşte dr. W., adevărul este că de fapt ei nu ştiu ce anume a dus la însănătoşire.

*) Un coleg al doctorului W. – să-i spunem dr. G. – era un eminent psihiatru specializat în psihanaliză care, spre sfârşitul carierei, a căzut într-o depresie clinică severă. Dr. G. s-a internat la Chestnut Lodge, un spital de psihiatrie cu orientare psihanalitică din Rockville, Maryland. Dr. G. fusese ani întregi un adversar profesionist al psihiatriei biologice, susţinând că terapia freudiană prin discuţie era cel mai bun mod de tratare a anxietăţii şi depresiei. Dar şedinţele zilnice de psihoterapie analitică nu au uşurat suferinţa doctorului G. Starea lui s-a ameliorat abia când a consimţit să ia antidepresive. Depresia doctorului G. a dispărut – dar acum se confrunta cu o criză profesională: era psihoterapia psihanalitică, fundaţia pe care îşi construise cariera, o himeră? A murit la scurt timp.

E mult mai ieftin să tranchilizezi gospodine tulburate care trăiesc izolate în blocuri de locuinţe unde copiii lor nu au un loc în care să se joace decât să dărâmi aceste

blocuri şi să reconstruieşti la scară umană sau chiar să creezi contextul pentru grupuri de joacă. Industria farmaceutică, guvernul, farmacistul, contribuabilul şi medicul au cu toţii interesul să „medicalizeze" reacţiile de stres determinate social.

— Malcolm Lader, „Benzodiazepines: Opium of the Masses" C, Benzodiazepinele: Opiul maselor") (1978)

Doar pentru că pot să explic depresia ta în termeni ca „inhibare a receptării serotoninei" nu înseamnă că nu ai o problemă cu mama ta.

— Carl Elliott, *The Last Physician*: *Walker Percy and the Moral Life of Medicine* (*Ultimul medic*: *Walker Percy şi viaţa morală a medicinei*) (1999)

Înainte de experimentele cu imipramină realizate de Donald Klein, interpretarea conţinutului anxietăţii unei persoane conta mult: ce *înseamnă* fobia ta de înălţimi sau de şobolani sau de trenuri? Ce încearcă să-ţi comunice? Imipramina i-a luat anxietăţii o mare parte din semnificaţia filosofică. Progresele farmaceutice arătau că anxietatea nu este decât un simptom biologic, un fenomen fiziologic, un proces mecanic al cărui conţinut nu contează.

Totuşi, pentru filosofi precum Kierkegaard şi Sartre, anxietatea cu siguranţă *are* sens. Pentru ei, ca şi pentru psihoterapeuţii care se împotrivesc reducerii stărilor cerebrale la biologie, anxietatea nu este ceva ce trebuie evitat sau tratat cu pastile, ci adevărata cale către descoperirea de sine, este drumul (în versiunea specifică anilor '60 a acestei idei) autoactualizării. Dr. W. crede asta.

— Intră în inima primejdiei, căci acolo vei fi în siguranţă, îi place să spună, citând un proverb chinezesc.

Pentru biologii evoluţionişti, anxietatea este o stare fiziologică şi mentală care a evoluat pentru a ne menţine în siguranţă şi în viaţă. Anxietatea ne sporeşte vigilenţa, ne pregăteşte să luptăm sau să fugim. Faptul de a fi anxioşi ne ajută să fim reactivi la ameninţările fizice din mediu. Freud socotea că anxietatea ne face reactivi nu numai la ameninţările din mediu, ci şi la ameninţările din noi înşine.

Din această perspectivă, anxietatea este un semn că psihicul nostru încearcă să ne spună ceva. Să luăm pastile pentru anxietate în loc să ascultăm ce are să ne spună – cum ar veni, să ascultăm de Prozac, în loc să ascultăm de propria anxietate – se poate să nu fie ceea ce ne trebuie pentru a ajunge să fim atât de buni pe cât putem fi. Anxietatea poate fi un semnal că trebuie să se schimbe ceva – că trebuie să ne schimbăm viaţa. Medicamentele prezintă riscul de a bloca acest semnal.1

În *Listening to Prozac*, Peter Kramer vorbeşte despre munca romancierului Walker Percy, care a scris despre modalităţile de a face faţă suferinţei afective şi spirituale în epoca psihiatriei biologice. Ce se pierde, întreabă poveştile şi eseurile lui Percy, când anxietatea şi anomia sunt suprimate de medicamente?

Percy era bine poziţionat pentru abordarea acestor chestiuni. „Pata ereditară" (după cum o numea Freud) a melancoliei se manifesta din plin în genealogia familiei sale sudiste. Bunicul său, tatăl său şi poate şi mama lui (care s-a aruncat cu maşina de pe un pod) s-au sinucis; doi dintre unchii săi au avut căderi nervoase. Tatăl lui Percy, LeRoy, care era avocat, îşi trata depresia cu alcool şi a apelat la specialişti pentru tratament, călătorind în 1925 la Baltimore spre a se întâlni cu marii psihiatri de la John's Hopkins. Dar psihofarmacologia modernă încă nu era disponibilă, şi în 1929 LeRoy a reuşit în cea de-a doua sa tentativă de sinucidere, împuşcându-se în cap cu o puşcă de vânătoare.

Reacţia lui Walker a fost să studieze descoperirile ştiinţifice. Considerând că ştiinţa va explica în cele din urmă toate lucrurile din cosmos, inclusiv natura melancoliei care omorâse atâţia membri ai familiei lui, a hotărât să devină medic. Instruirea lui medicală i-a întărit materialismul ştiinţific. „Dacă omul poate fi redus la suma proprietăţilor sale chimice şi biologice", după cum

*) Edward Drummond, psihiatru în New England, dădea în mod regulat reţete de benzodiazepine pacienţilor

săi pentru a le reduce anxietatea. Astăzi crede cu tărie că tranchilizantele sunt una dintre *principalele* cauze ale anxietăţii cronice. Xanax sau Ativan pot să atenueze temporar anxietatea acută, spune Drummond, dar preţul pe care îl plătim este că ne permite să evităm confruntarea cu problemele care provoacă anxietatea.

descria unul dintre biografii lui Percy modul său de gândire din tinereţe, „de ce să fim preocupaţi de idealuri sau de absenţa lor?” 28

Dar în 1942, Percy a făcut tuberculoză şi a trebuit să renunţe la Facultatea de Medicină, retrăgându-se pentru recuperare la un sanatoriu din Saranac Lake, New York. Trebuia să mai treacă nişte ani până când streptomicina şi – atenţie! – izoniazida şi iproniazida să fie disponibile ca remedii pentru tuberculoză, aşa că tratamentul prescris era odihna. Când se afla la sanatoriu a căzut în depresie şi a citit intensiv – Dostoievski şi Thomas Mann, precum şi Kierkegaard şi Toma d’Aquino. Simţindu-se rău fizic şi afectiv, a trecut printr-o criză spirituală în timpul căreia a ajuns la concluzia că, la urma urmei, ştiinţa nu poate rezolva problema nefericirii oamenilor. În cele din urmă, influenţat în special de scrierile lui Kierkegaard, a hotărât să facă un act de credinţă şi a devenit catolic? Cât de diferită ar fi fost viaţa şi filosofia lui Percy dacă ar fi fost tratat cu iproniazidă şi nu cu romane europene şi filosofie existenţialistă? Iproniazida, ştim acum, va deveni curând antidepresivul MAOI Marsilid – medicament care s-ar fi putut să-i vindece rapid şi tuberculoza, şi melancolia. Se prea poate să se fi întors la studiile medicale şi să nu fi devenit niciodată romancier. Opinia lui despre psihiatria biologică se poate să fi fost mult mai blândă”. 30

Percy nu şi-a pierdut niciodată respectul pentru metoda ştiinţifică. Dar a ajuns să nu mai aibă încredere în perspectiva reducţionistă care considera ştiinţa drept baza filosofică a eticii şi a întregii cunoaşteri a omenirii. De fapt, a ajuns să creadă că rata înaltă a depresiei şi sinuciderii din societatea modernă era antrenată parţial de triumful

cultural al perspectivei ştiinţifice, care reducea omul la un ansamblu de celule şi enzime, fără să ofere un repertoriu alternativ de semnificaţii.

În 1957, Percy a scris un articol în două părţi pentru *America*, revista iezuită săptămânală. Concentrându-se asupra aspectelor

9 Convertirea lui Percy l-a făcut pe cel mai bun prieten al său, Shelby Foote, romancier şi istoric al Războiului Civil, să-i spună: „Mintea ta este în plină retragere intelectuală” 29.

u) Peter Kramer face observaţii asemănătoare în *Listening to Prozac*.

biologice, spunea el, psihiatria este „incapabilă să explice suferinţele omului modern” 31. Vinovăţia, conştiinţa de sine, tristeţea, ruşinea, anxietatea – acestea sunt semnale importante de la lume şi de la sufletul nostru. Faptul de a considera aceste semnale simptome ale bolii organice şi suprimarea lor cu medicamente riscă să ne alieneze şi mai mult de noi înşine. „Într-un anumit cadru de referinţă, anxietatea este un simptom de care vrei să scapi; în altul, poate fi chemarea către o existenţă autentică, chemare care merită ascultată cu orice preţ”, scria Percy.1

Tema anxietăţii, tulburării nervoase şi groazei existenţiale străbate o mare parte din scrierile lui Percy. În *The Second Corning* (*A doua venire*), Will Barrett, un avocat ieşit la pensie, trebuie să facă faţă unei afecţiuni ciudate care îl loveşte în urma morţii soţiei sale, un sentiment de depresie însoţit de o tulburare a giroscopului său interior, o lovitură slabă de golf şi ceea ce medicii săi consideră „epilepsie *petit mal*”. Will bănuieşte că afecţiunea lui nevrotică este provocată de faptul că lumea e „o farsă”. Dar unul dintre medici suspectează „o hemoragie uşoară sau un spasm arterial lângă sistemul limbic”. Este nefericirea lui Will o problemă de semnificaţie? Sau o întâmplare a biologiei?

Pe măsură ce romanul avansează, afecţiunea lui Will

se adânceşte; leşină mai des şi începe să aibă năzuinţe religioase. În cele din urmă, familia îl internează, iar la spital un medic îl diagnostichează cu sindromul lui Hausmann, boală (inventată de Percy) printre ale cărei simptome se numără, pe lângă crize epileptice, „depresie, stări de fugă, anumite idei delirante, disfuncţie sexuală care alternează între impotenţă şi satiriazis, hipertensiune arterială şi [ceea ce dr. Hausmann numea] *wahnsinnige Sehnsucht*" – „dorinţe inadecvate". Cauza bolii, după cum îi explică medicii lui Will, este un simplu dezechilibru al pH-ului şi se tratează cu cel mai simplu dintre medicamente – un ion de hidrogen, un nucleu cu un singur proton. Will este internat într-un sanatoriu unde nivelul pH-ului poate fi controlat la un interval de câteva ore. „Este remarcabil, nu crezi", spune medicul său, „că doar câţiva protoni, plus sau minus, pot provoca dispoziţii afective atât de complicate? Litiul, cel mai simplu metal, controlează depresia. Hidrogenul, cel mai simplu atom, controlează *wahnsinnige Sehnsucht*. Will, aparent vindecat şi ducându-şi existenţa între zidurile sanatoriului, se minunează: „Ce ciudat să fii salvat, recuperat, convertit de ionul de hidrogen! Un proton la fel de simplu ca o bilă de biliard! Deci totul se reduce la chimie? Lovise el într-o criză de nestăvilit… cu pumnul în nisip… pentru că avea pH-ul de 7, 6?"

Scriind aceste rânduri la sfârşitul anilor '70, când „ipoteza catecolaminergică a tulburărilor afective" şi „teoria noradrenergică a depresiei" câştigau în scrierile sale, Percy face numeroase aluzii la ideea lui Kierkegaard că mai rău decât să fii disperat este să fii disperat şi să nu ştii – să fii anxios, dar să-ţi construieşti viaţa astfel încât să nu o teren, Percy ironizează pretenţiile reducţionismului biologic. Reducând umanitatea lui Will – nu numai depresia lui, ci şi ideile şi năzuinţele sale – la moleculele lui de hidrogen, Percy scrie un eseu critic despre psihofarmacologia modernă care, din perspectiva lui, patologizează alienarea.

Şapte ani mai târziu, puţin înainte de lansarea Prozacului în SUA, Percy a publicat o critică şi mai aspră a materialismului biologic. În *The Thanatos Syndrome* (*Sindromul Thanatos*) figurează personajul Thomas More, un psihiatru care apăruse într-un roman anterior, *Love in the Ruins* (*Dragoste în ruine*). În *The Thanatos Syndrome*, dr. More, recent eliberat din închisoare, unde fusese închis pentru că vânduse ilegal benzodiazepina Dalmane în benzinării, se întoarce în oraşul său natal, Feliciana, din Lousiana, unde descoperă că toată lumea se poartă ciudat. Femeile din oraşul lui au dezvoltat tendinţa de a se prezenta cu fundul înainte pentru sex. Propria lui soţie, pe lângă faptul că are această tendinţă, a dezvoltat o aptitudine ca de computer pentru jocul de bridge şi a ajuns în campionatul naţional. El observă că femeile anxioase au pierdut brusc greutate şi conştiinţă de sine şi au câştigat îndrăzneală, voracitate sexuală şi insensibilitate afectivă. Au năpârlit „de vechile groaze, de griji, de furii… ca de pieile de şarpe şi a rămas în loc o privire goală şi împăcată, un fel de bună dispoziţie de animal”. Se dovedeşte că nişte lideri civili îngâmfaţi – printre care directorul Departamentului de Calitate a Vieţii, agenţie federală care supraveghează programul de eutanasie – şi-au asumat sarcina de a introduce o substanţă numită sodiu greu în apa potabilă, asemenea fluorurii, cu intenţia de a „ameliora” bunăstarea socială. Sodiul greu îi face pe oameni mai liniştiţi, mai puţin conştienţi de sine şi mai mulţumiţi. Ceea ce nu e neapărat un lucru bun: pierzându-şi anxietatea şi conştiinţa de sine, locuitorii din Feliciana devin mai puţin umani. Sodiul greu le face pe femei să nu mai „sufere, să nu mai aibă aceleaşi griji, dar lipseşte ceva, nu doar vechile terori, ceva din ele – ce? şinele?” Dr. More e sceptic, însă adepţii sodiului greu încearcă să-l convingă că au dreptate. „Tom, vedem asta!” îi spune un susţinător zelos al cauzei. „Vedem la tomografie! Vedem cum metabolizarea glucozei în sistemul limbic duce la tot felul de suferinţe şi cum cortexul opreşte asta de parcă ar apăsa

un buton. Vedem cum se activează *locus ceruleus* şi hipotalamusul şi cum creşte libidoul – libidoul heterosexual sănătos – şi cum scade depresia – putem să vedem!” Ironizând aroganţa psihiatriei biologice, Percy intenţionează să tragă un semnal de alarmă că suprimarea cu medicamente a vinovăţiei, anxietăţii, conştiinţei de sine şi melancoliei înseamnă suprimarea cu medicamente a sufletului.

simţi. „Cu toţii ştim foarte bine că omul care-şi trăieşte viaţa nefiinţă decât consumator, partener sexual, director cu o perspectivă „centrată pe ceilalţi”, care evită plictiseala şi anxietatea consumând tone de ziare, kilometri de film, ani întregi în faţa televizorului, ştim că un astfel de om şi-a trădat întrucâtva destinul de fiinţă umană” 32, scrie Percy în „The Corning Crisis of Psychiatry” („Apropierea crizei psihiatriei”).

Dacă anxioliticele ne amuţesc anxietatea, dacă ne fac surzi la ea – dacă ne permit să fim disperaţi fără să ştim – ne amorţesc sufletul? Percy pare să creadă că da.

Cred toate astea. Susţin ipostaza filosofică a lui Walker Percy şi Søren Kierkegaard. Şi totuşi ce credibilitate am eu? La urma urmei, în timp ce scriu aceste rânduri sunt aici, în al treizecilea an de când iau medicamente psihiatrice, cu citalopram şi alprazolam şi poate şi nişte clonazepam de aseară în fluxul sangvin – cu sistemul serotoninergic şi GABA – minergic activat, cu glutamatul inhibat – arătându-mă de acord cu Peter Breggin că medicamentele sunt toxice şi cu Walker Percy că ele diminuează sufletul. Nu sunt eu un mediu teribil de compromis pentru acest argument?

Şi totuşi, se poate spune, la fel a făcut şi Percy, care lua somnifere pentru insomnia lui cronică. (Şi pe bună dreptate: insomnia brutală a tatălui său la împins în bună parte la sinucidere.) Medicamentele psihiatrice – pentru unii oameni, în unele situaţii, o parte din timp – funcţionează. Ar fi crud să-i refuzi schizofrenicului remisiunea chimică a ideilor sale delirante sau pacientului

bipolar uşurarea farmacologică a maniilor care-i pun viaţa în primejdie şi a depresiilor zdrobitoare – sau, da, individului răvăşit de panică şi blocat în casă o oarecare apărare medicală în faţa anxietăţii. Cred că este întemeiat scepticismul în legătură cu afirmaţiile industriei farmaceutice, îngrijorarea în privinţa implicaţiilor sociologice ale medicalizării atât de intense a populaţiei, şi totodată este întemeiat acordul faţă de compromisurile existenţiale pe care le aduce consumul de medicamente psihiatrice, fără a fi în opoziţie ideologică faţă de utilizarea judicioasă a acestor medicamente.

Pe de altă parte, ştiu că ar fi mai bine să ascult de Percy, precum şi de criticii moderni ai Big Pharma ca Edward Drummond şi Peter Bregging, pentru că este evidentă ironia că trebuie să înghit astfel de medicamente ca să scriu această secţiune despre ele. Am mărit doza de Celexa, am ajuns dependent de Xanax şi Klonopin şi am consumat cantităţi eroice de alcool ca să-mi ţin anxietatea departe. După ce 40 de ani nu am fumat nicio ţigară (pentru că după ce am convins-o pe bunica mea să se lase de fumat când avea 60 şi ceva de ani am promis să nu mă apuc niciodată), am fumat prima ţigară la 41. După ce m-am temut atât de tare de narcoticele recreaţionale (poate o dovadă a adaptabilităţii evoluţioniste a precauţiei mele înnăscute) încât 40 de ani nu am tras nici măcar un fum de marijuana şi nici nu am încercat vreo substanţă pentru care nu aveam reţetă, am apelat din disperare (după ce am citit articolele entuziaste ale lui Freud despre asta) la cocaină şi amfetamine. De multe ori am început seara susţinut de cafeină şi nicotină, de care aveam nevoie să mă scoată din toropeală şi lipsă de speranţă – doar ca să fiu catapultat în zbuciumul anxietăţii. Cu gândurile alergând, cu mâinile tremurânde, încheiam seara cu un Klonopin şi apoi poate un Xanax şi un pahar de scotch (şi încă unul şi încă unul) pentru a mă linişti. Nu e sănătos.

Mai constructiv, am încercat să apelez la Kierkegaard şi Percy pentru curaj şi consolare, şi am încercat yoga,

acupunctură şi meditaţie. Mi-ar plăcea foarte mult să am acces la „farmacia mea interioară” depozitul meu de hormoni şi neurotransmiţători sănătoşi, naturali poate fi activat, spun vindecătorii New Age antidroguri, prin meditaţie şi biofeedback şi un „echilibru interior” mai bun –, dar, în ciuda eforturilor pe care le depun, nu nimeresc cheia.

Partea a IV-a

NATURĂ *VERSUS* CULTURĂ

CAPITOLUL 8

Anxietatea de separare *în copilărie*, *marea sursă a terorii e singurătatea*.

— William James, *The Principles of Psychology* (*Principiile psihologiei*) (1890)

Când a început anxietatea mea?

Când eram mic şi aveam crize monstruoase de furie în care urlam fără încetare şi mă dădeam cu capul de podea?

Acestea erau întrebările cu care se confruntau părinţii mei: era comportamentul meu o manifestare extremă, dar totuşi tipică, a vârstei teribile de doi ani – sau era dincolo de pragul normalităţii? Care e diferenţa între anxietatea de separare din copilărie ca stadiu normal de dezvoltare şi anxietatea de separare ca afecţiune clinică sau subclinică? Unde se trage linia între inhibiţia temperamentală ca trăsătură normală de personalitate şi inhibiţia ca simptom patologic – semn, să spunem, al unei incipiente tulburări anxioase sociale?

În privinţa crizelor mele de furie, manualul scris de dr. Benjamin Spock pe care îl avea mama nu era decisiv, aşa că m-a dus la un pediatru şi i-a descris comportamentul meu. „Normal”, a fost concluzia lui, şi a sfătuit-o, în spiritul *laissez-faire* al culturii de creştere a copiilor din anii ’70, să mă lase „să-mi fac numărul”. Aşa că părinţii mei mă priveau tulburaţi cum mă puneam pe jos, urlam şi mă zvârcoleam şi mă dădeam cu capul de podea, uneori ore în şir.

Şi cum poate fi înţeleasă timiditatea mea extremă de la trei ani? Când mama m-a dus pentru prima oară la grădiniţă, nu a putut (sau nu a vrut – anxietatea de separare funcţionează în ambele direcţii când vine vorba de copii şi părinţi) să plece, pentru că mă ţineam de piciorul ei şi scânceam. Totuşi, anxietatea de separare la trei ani se încadrează în spectrul dezvoltării normale, şi în cele din urmă am putut să stau singur la creşă trei dimineţi pe săptămână. Şi, deşi era evident că manifestam semne de „temperament inhibat" – timid, introvertit, retrăgându-mă din situaţii nefamiliare (iar într-un laborator probabil aş fi manifestat o reacţie de tresărire declanşată de mai nimic şi un nivel înalt de cortizol în fluxul sangvin) –, nimic din toate astea nu constituia neapărat o dovadă de psihopatologie în curs de formare.

Astăzi nu e aşa greu de înţeles că inhibiţia mea comportamentală de atunci prevestea nevroza de la vârsta adultă – dar asta numai retrospectiv, privind anxietatea mea ca naraţiune în desfăşurare.

La vârsta de şase ani, când eram în clasa I, au apărut două probleme noi. Prima era revenirea într-o formă amplificată a anxietăţii de separare (voi spune imediat mai multe despre asta). A doua era debutul emetofobiei, al fricii de a nu vomita, fobia mea specifică, originală, cea mai acută şi mai durabilă.

Conform informaţiilor strânse de cercetătorii de la Harvard Medical School, primul simptom care apare în cazul a aproximativ 85% dintre adulţii cu tulburări anxioase este o fobie specifică în copilărie. Aceleaşi informaţii, culese prin interviuri cu 250.000 de oameni din toată lumea, au dezvăluit de asemenea că primele experienţe de anxietate tind să se acumuleze şi să metastazeze. Un copil care dezvoltă o fobie specifică – să spunem frica de câini – la şase ani prezintă un risc de cinci ori mai mare de a dezvolta o fobie socială în adolescenţă decât un copil căruia nu îi e frică de câini; în cazul aceluiaşi copil, este de 2, 2 ori mai probabil să dezvolte la

vârsta adultă o depresie majoră decât un copil fără fobie de câini.

„Tulburările anxioase”, spune Ron Kessler, coordonatorul studiului realizat la Harvard, „au un tipar foarte stabil de comorbiditate în timp, debutul primei tulburări reprezentând o probabilitate foarte mare de apariţie a unei a doua, care la rândul ei reprezintă o probabilitate foarte mare pentru o a treia şi aşa mai departe” 1. („Comorbiditate” este termenul medical pentru prezenţa simultană la un pacient a doua boli sau afecţiuni cronice; anxietatea şi depresia sunt adesea comorbide, prezenţa uneia anunţând prezenţa celeilalte.) „Frica de câini la cinci sau la zece ani este importantă nu pentru că ar afecta calitatea vieţii”, spune Kessler. „Frica de câini e importantă pentru că înseamnă că este de *patru ori mai probabil* să ajungi o mamă de 25 de ani deprimată, care a abandonat şcoala şi care e dependentă de droguri”. 1

Deşi nu este clară natura legăturii dintre fobia din copilărie şi psihopatologia de la vârsta adultă, nu încape îndoială că ea există – şi acesta este motivul pentru care Kessler insistă că diagnosticarea şi tratamentul timpuriu sunt atât de importante. „Dacă se dovedeşte că fobia de câini antrenează cumva psihopatologia adultă, atunci reuşita tratamentului timpuriu al copiilor fobiei poate reduce incidenţa de mai târziu a depresiei cu 30 – 50%. Şi dacă ar fi doar 15% ar fi semnificativ.

Numerele din studiul realizat de Kessler par să traseze statistic destinul anxietăţii mele: de la fobia specifică de la şase ani la fobia socială care a debutat în jur de 11 ani la tulburarea de panică de la sfârşitul adolescenţei la agorafobia şi depresia de la 20 şi ceva de ani. Reprezint prin patogeneză – dezvoltarea patologiei mele – un caz de manual.

…*lipsa persoanei iubite* (*dorite*) […] *deschide drumul spre înţelegerea angoasei*.

— Sigmund Freud, *Inhibiţie, simptom, angoasă* (1926) a

Când aveam şase ani, mama a început să urmeze cursurile de seară ale Facultăţii de Drept. Tata spune că el a împins-o, pentru că văzuse cum mama mamei ajunsese deprimată şi alcoolică, o gospodină din suburbie fără slujbă şi fără aspiraţii profesionale. Mama, în ce o priveşte, spune că a început să studieze dreptul împotriva obiecţiilor tatălui meu. Mai mult, adaugă că mama ei nu era nici deprimată, nici alcoolică. (Presupun că mama este mai de încredere aici, dar, fără să ştiu cine are dreptate, bunica, pe care am iubit-o mult, avea adesea un iz plăcut de gin.)

Recrudescenţa intensă a anxietăţii mele de separare a coincis cu momentul în care mama a început Facultatea de Drept. În fiecare zi din clasa I eram adus acasă de la şcoală cu maşina şi eram întâmpinat de una dintr-o serie de bone. Toate erau foarte drăguţe. Dar aproape fiecare seară se termina la fel: mergeam prin dormitor înainte şi înapoi, aşteptând cu disperare ca tata să se întoarcă de la slujbă. Pentru că aproape în fiecare seară, timp de cam patru ani – şi apoi cu intermitenţe încă vreo zece ani –, eram convins că părinţii mei n-aveau să se mai întoarcă acasă; că muriseră sau mă abandonaseră şi că eram orfan, perspectivă intolerabil de înfricoşătoare.

Chiar dacă fiecare seară oferea încă o dovadă că părinţii mei se întorceau întotdeauna, asta nu m-a liniştit niciodată. *De data asta*, eram eu convins de fiecare dată, *chiar nu o să se mai întoarcă*. Aşa că mergeam înainte şi înapoi prin camera mea şi mă aşezam pe calorifer şi mă uitam plin de speranţă pe fereastră şi pândeam disperat zgomotul Volkswagenului tatălui meu. Trebuia să ajungă acasă cel târziu la 6: 30, aşa că, atunci când trecea de 6: 10 şi 6: 15, începeam să sufăr de paroxismele zilnice de anxietate şi disperare.

Aşezat pe calorifer, cu nasul lipit de geam, încercam să-l fac să vină acasă cu puterea voinţei, reprezentându-mi mental întoarcerea lui – Volkswagenul ia curba din strada Common şi intră pe strada Clark, urcă dealul şi face stânga pe Clover, apoi dreapta pe strada noastră, Blake –,

şi atunci mă uitam pe stradă şi încercam să aud motorul maşinii. Şi... nimic. Mă holbam la ceasul din dormitor şi deveneam din ce în ce mai agitat pe măsură ce secundele treceau. Imaginează-ţi că tocmai ai aflat că o persoană dragă a murit într-un accident de maşină. Fiecare seară aducea aceleaşi 15 – 30 de minute în care chiar simţeam că mi se spusese asta – o jumătate de oră de agonie pură, în care eram absolut convins, fără urmă de îndoială, că părinţii mei muriseră sau mă abandonaseră –, chiar dacă bona cea prietenoasă şi sora mea se jucau la parter. Şi apoi, în sfârşit, de obicei între 6: 30 şi 7, Volkswagenul ajungea pe stradă şi intra pe aleea noastră, şi eu eram cuprins de un val de euforie provocat de uşurare: *E acasă, e viu, nu am fost abandonat*!

După care în seara următoare treceam din nou prin toate astea.

Weekendurile în care părinţii mei ieşeau în oraş erau şi mai rele. Frica mea de abandon nu era raţională. În cea mai mare parte a timpului eram convins că părinţii mei muriseră într-un accident de maşină. Alteori eram sigur că pur şi simplu se hotărâseră să plece – fie pentru că nu mă mai iubeau, fie pentru că ei de fapt nu erau părinţii mei adevăraţi. (Câteodată credeam că erau extratereştri; uneori mă gândeam că erau roboţi; se întâmpla să fiu convins că sora mea era o pitică adultă care fusese antrenată să joace rolul unei fetiţe de cinci ani în timp ce colegii ei, părinţii mei, făceau experimentele pe care le aveau de făcut înainte de a mă abandona.)

Mama, mai atentă la anxietatea mea decât tata, şi-a dat seama că începeam să mă îngrijorez mult înainte de ora la care promisesem că se întorc. Aşa că, înainte să plece şi eu să întreb ritualic „La ce oră vă întoarceţi cel mai târziu?”, mama îmi spunea o oră cu 15 sau 20 de minute mai târziu de momentul în care estima de fapt că se întorc. Dar m-am prins repede de tertipul ăsta şi puneam la socoteală şi acest timp, începând să merg agitat înainte şi înapoi cu 45 de minute sau o oră înainte de ora

pe care mi-o spusese. Iar mama s-a prins de *asta* şi a mutat ora şi mai târziu, dar eu mi-am dat seama de *asta-şi* îi dădeam înainte într-un fel de cursă a înarmării cu intervale spuse şi presupuse care până la urmă m-a făcut să nu mai cred nimic din ce-mi spunea, aşa că anxietatea începea să crească din momentul în care plecau.

Nu-mi place să spun asta, dar îngrijorările din weekenduri au durat mult. La începutul adolescenţei uneori sunam (sau o obligam pe sora mea să sune) la petrecerile la care se aflau părinţii mei, ca să mă asigur că erau în viaţă. De câteva ori am trezit vecinii (şi o dată l-am trezit pe preotul bisericii episcopale din cartier), bătându-le la uşă noaptea târziu să le spun că părinţii mei nu erau acasă şi că s-ar putea să fi murit, şi îi rugam să sune la poliţie. Când aveam şase ani, asta era stânjenitor pentru părinţii mei; când aveam 13, era umilitor.

Când aveam 12 ani, până şi să fiu noaptea singur în camera mea – care era faţă în faţă cu camera părinţilor mei, la o distanţă mai mică de patru metri – devenise un chin. „*Promiţi* că totul o să fie bine?” o întrebam pe mama când mă băga în pat. Pe măsură ce emetofobia s-a agravat, mă temeam să nu mă trezesc vomitând. Asta mă făcea ca înainte de culcare să fiu anxios şi să-mi fie greaţă, într-o seară când mă simţeam aşa, i-am spus mamei:

— Nu mă simt bine. Poţi, te rog, să fii foarte atentă noaptea asta?

Ea a spus că va fi. Dar apoi, câteva seri mai târziu, probabil că mă simţeam mai agitat decât de obicei, pentru că am spus:

— Poţi, te rog, să fii foarte, *foarte* atentă noaptea asta?

Îmi amintesc exact cuvintele, pentru că am început să pun aceeaşi întrebare în fiecare seară. În cele din urmă, asta s-a transformat într-un ritual cu o desfăşurare precisă şi bizară, care s-a păstrat până am intrat la facultate.

— *Promiţi* că totul o să fie bine?

— Promit.

— Şi o să fii foarte, foarte, foarte, foarte, *foarte* atentă, de 357 de ori şi un sfert atentă?

— Da.

Ca un psalm, cu al cincilea „foarte” apăsat, în fiecare seară, ani la rând.

Anxietatea de separare afecta aproape fiecare aspect al vieţii mele. La pubertate eram un atlet cu o coordonare rezonabilă, dar iată cum s-a încheiat primul meu antrenament de baseball: aveam şase ani şi plângeam pe banca de rezerve, lângă un antrenor prietenos care stătea acolo fără să înţeleagă nimic. (Nu m-am mai întors.)

Iată cum s-a terminat prima mea lecţie de înot: aveam şapte ani, mi-era frică şi refuzam plângând să intru în apă alături de ceilalţi copii.

Iată cum s-a încheiat primul meu antrenament de fotbal: aveam opt ani, stăteam pe margine şi plângeam lângă bona care mă adusese, rezistând rugăminţilor de a mă alătura celorlalţi băieţi care făceau exerciţii.

Iată cum am petrecut dimineaţa primei excursii, când aveam cinci ani: stăteam lângă dulăpiorul meu şi plângeam fiindcă mi-era dor de mama şi-mi doream să mă duc acasă.

Iată cum am petrecut primele două ore din prima (şi singura) noapte în tabără, când aveam şapte ani: plângeam într-un colţ, înconjurat de o grămadă de consilieri dezorientaţi care încercau întruna şi fără succes să mă consoleze.

Iată cum am petrecut timpul cât a durat drumul spre facultate pe care l-am făcut împreună cu părinţii mei: plângeam pe scaunul din spate, copleşit de anxietate şi de dor de casă anticipat, îngrijorat că părinţii mei nu mă vor mai iubi după ce voi pleca la facultate – „plecat”, în cazul ăsta, nu însemna decât la cinci kilometri de casa părinţilor mei.

De ce nu puteam fi niciodată sigur de iubirea sau protecţia părinţilor mei? De ce erau atât de dificile activităţile obişnuite din copilărie? Ce asigurare existenţială căutam în seriile de întrebări-şi-răspunsuri cu

mama?

Prima condiţie de angoasă [...] este deci cea a pierderii percepţiei, echivalată cu cea a pierderii de obiect; [...] pierderea iubirii din partea obiectului devine un nou pericol şi condiţie de angoasă, mult mai statornică.

— Sigmund Freud, *Inhibiţie, simptom, angoasă* (1936) a în 1905, Freud a scris „Angoasa copiilor nu este la origine altceva decât expresia faptului că le lipseşte persoana iubită” 2, şi de atunci înainte aşa-numita anxietate de separare a rămas un punct de interes pentru cercetători şi clinicieni. Zeci de ani de studii realizate de psihologi, primatologi, antropologi, endocrinologi, etologi şi alţii au arătat din nou şi din nou, în nenumărate moduri, semnificaţia esenţială pe care o are legătura timpurie dintre mamă şi copil pentru determinarea stării de bine pe termen lung a copilului. Natura relaţiei mamă-copil începe să se structureze în momentul în care sugarul ajunge în lume – odată cu „trauma naşterii”, după cum a spus Otto Rank, unul dintre primii psihanalişti freudieni –, dacă nu chiar mai devreme. Experienţele din pântec şi din copilăria timpurie pot avea efecte profunde şi care durează zeci de ani asupra modului în care se simte copilul – şi, conform unor cercetări recente, se pot manifesta la generaţiile următoare.

Însă cu toată perspicacitatea pe care a arătat-o în legătură cu rolul primelor experienţe asupra sănătăţii afective de pe parcursul întregii vieţi, în cea mai mare parte a carierei sale Freud a fost orb într-un mod de neînţeles cu privire la modurile în care relaţiile părinte-copil afectează psihicul uman. Asta pare să fie adevărat în special în cazul propriului său psihic.

Timp de mulţi ani, Freud a suferit de o fobie debilitantă de-a călători cu trenul. Fobia de tren s-a manifestat pentru prima dată, conform propriei sale relatări, în 1859, când avea trei ani. Afacerea cu lână a tatălui său se prăbuşise, aşa că familia s-a mutat de la Freiberg, un orăşel din Austro-Ungaria (acum Pribor,

Republica Cehă), la Viena. Când familia a ajuns în gara din Freiberg, micul a) Freud, *Inhibiţie simptom*, *angoasă*, trad. rom. cât., p. 345 (n.tr.).

Sigmund era îngrozit: felinarele cu gaz care iluminau gara îl făceau să se gândească la „sufletele care ard în iad” 3; se temea că trenul o să plece fără el, ducându-i departe pe părinţii săi şi lăsându-l în urmă. De atunci înainte, ani în şir călătoriile cu trenul i-au provocat atacuri de panică.

Viaţa lui a fost delimitată de fobia de călătorii. Multă vreme şi-a manifestat dorinţa de a vizita Roma – dar l-a împiedicat ceea ce el numea „nevroza Roma”. Când era obligat să meargă cu trenul împreună cu familia, îşi lua loc într-un alt compartiment, pentru că era stânjenit ca soţia şi copiii săi să fie martori la crizele lui de anxietate. Insista în mod compulsiv să ajungă la gară cu ore întregi înainte de plecare, pentru că nu a scăpat niciodată de frica intensă de a fi lăsat în urmă pe care a simţit-o pentru prima oară la trei ani.

Un terapeut modern ar atribui în mod firesc fobia de călătorii a lui Freud fricilor sale de abandon din copilărie. Freud nu a făcut asta, ci, după cum i-a scris în 1897 prietenului său Wilhelm Fliess, credea că anxietatea sa fusese declanşată de faptul că o văzuse goală pe mama lui în compartimentul trenului în timpul călătoriei de la Freiberg la Viena. Să o fi văzut astfel într-un moment în care „se trezise libidoul faţă de matrem” 4 trebuie să-i fi provocat excitaţie sexuală, presupunea Freud, şi, deşi avea doar trei ani, cunoştea natura de tabu a unei astfel de dorinţe incestuoase şi, prin urmare, a refulat-o. Această refulare, teoretiza el, a generat anxietatea pe care a transformat-o nevrotic într-o fobie de trenuri. „Tu însuţi ai văzut în plină desfăşurare anxietatea pe care mi-o provoacă trenurile” 5, îi aminteşte lui Fliess.

Este semnificativ că Freud nu îşi putea aminti concret să-şi fi văzut mama goală în tren; doar presupunea că aşa trebuie să se fi întâmplat şi că îşi împinsese apoi imaginea în inconştient. Pe baza acestei supoziţii (forţate)

a generalizat că toate fobiile de tren pornesc de la o dorinţă sexuală refulată şi că persoanele „cu tendinţa de a avea atacuri de panică în timpul călătoriei” se protejează de fapt „de repetarea unei experienţe atât de penibile prin angoasa de tren” 6.

Pe baza acestei experienţe (foarte probabil imaginate), Freud a elaborat în anii următori complexul Oedip şi a tras concluzia că era „un eveniment universal al copilăriei timpurii” 7. Va face în cele din urmă din complexul Oedip punctul esenţial al teoriei sale psihanalitice a nevrozei?

Pot oare anxietatea mea de separare de când eram mic, precum şi anxietatea şi problemele mele constante de dependenţă de la vârsta adultă să fie atribuite sentimentelor mele sexuale refulate faţă de mama? Cu siguranţă nu am simţit niciodată asta. Desigur, Freud ar spune că *nu* m-aş fi simţit aşa: tocmai asta e ideea, că astfel de sentimente sunt refulate, trimise în inconştient şi transformate în anxietate provocată de alte lucruri – trenuri sau înălţimi sau şerpi sau orice altceva. Şi mărturisesc aici ceva ce susţine teoria lui Freud: numele fetei care mi-a plăcut prima dată, în clasa a cincea, era Anne; numele primei mele iubite de după facultate, cu care am fost împreună timp de trei ani, era Ann; imediat după relaţia cu Ann am avut o relaţie de aproape doi ani cu o fată pe care o chema Anna; pe fata pentru care am părăsit-o pe Anna o chema Anne; şi numele soţiei mele este Susannii. Cum o chema pe mama? Anne, bineînţeles. Obişnuiam să glumesc că faptul de a fi împreună cu toate aceste Ann, Anne şi Anna reducea probabilitatea de a le greşi numele – fiindcă şi un nume greşit ar fi sunat corect. Dar Freud ar spune că de fapt pericolul era să le spun – pe numele pe care îl căutam la toate aceste Ann, Anne şi Anna – Mama. Încă o confirmare a determinismului oedipian al relaţiilor mele romantice este faptul că şi pe bunica din partea tatălui o chema tot Anne – ceea ce înseamnă că tata s-a căsătorit la rândul lui cu o femeie cu acelaşi nume ca

mama lui.

Dar există, desigur, o explicaţie mai puţin sexuală a modului în care experienţele din copilăria timpurie despre care vorbeşte

9 Conform teoriei lui Freud a complexului Oedip, cea mai mare frică a băiatului este că tatăl îl va castra ca pedeapsă pentru că a dorit-o sexual pe mamă, şi cea mai mare frică a fetei este generată de invidia penisului, dat fiind că ea nu are. După cum i-a scris lui Fliess, aceste lucruri sunt derivate în mare din propria amintire a lui Freud „de a fi îndrăgostit de mama şi gelos pe tata”. Freud au provocat anxietatea şi fobia sa de trenuri care au durat toată viaţa.

Primul an din viaţa lui Freud a fost marcat de pierdere şi de retragerea atenţiei din partea mamei sale, Amalia. La scurt timp după ce s-a născut, în 1856, mama lui a rămas din nou însărcinată şi a născut un fiu, Julius. După mai puţin de un an, Julius a murit, doborât de o infecţie intestinală. Pe atunci, familia Freud locuia într-un apartament cu o singură cameră, aşa că e probabil ca micuţul Sigmund să fi fost martor la moartea fratelui său şi la reacţia părinţilor faţă de aceasta. Unii dintre biografii lui Freud au sugerat că moartea lui Julius a aruncat-o pe Amalia într-o depresie care a făcut-o să fie distantă şi indisponibilă pentru Sigmund. (Depresia mamelor cu copii de această vârstă poate comporta un risc foarte mare de anxietate şi depresie în viaţa de mai târziu a copiilor.) Mama lui fiind indisponibilă afectiv, Freud a apelat în mod firesc la o altă figură maternă – la doică, o catolică din Cehia care l-a îngrijit în timpul primilor săi ani. Dar, când Sigmund încă era un copil mic, doica a fost surprinsă furând şi a fost trimisă la închisoare; nu a mai văzut-o niciodată.

Concluzia logică ar fi aici că fobia de tren a lui Freud era o reacţie la frica de abandon provocată de seria de pierderi din copilărie – moartea fratelui său, indisponibilitatea afectivă a mamei şi dispariţia bruscă a

principalei persoane care îl îngrijea. Dar Freud a rămas fixat pe demonstrarea explicaţiei sexuale a anxietăţii şi pe complexul Oedip. Îi va exila pe toţi (inclusiv pe Alfred Adler, Carl Jung şi Otto Rank) care vor îndrăzni să pună la îndoială locul central al acestora.

Originea oricărei anxietăţi este anxietatea naşterii.

— Otto Rank, *Das Trauma der Gerburt* (*Trauma naşterii*) (1924)

Mai târziu în cariera sa, când Freud a trecut de la teoria libidoului refulat ca sursă a anxietăţii la teoria conflictului intra-psihic, a început să privească mai îndeaproape modul în care relaţiile dintre părinţi şi copii – „relaţiile de obiect" în jargonul psihanalitic – sunt legate de anxietate.

Ultimele schimbări ale teoriei lui Freud despre anxietate au fost motivate de dezaprobarea unei cărţi scrise de unul dintre cei mai devotaţi acoliţi ai săi. Otto Rank, secretarul Societăţii de Psihanaliză de la Viena a lui Freud, intenţiona ca *Das Trauma der Geburt*, publicată în 1924, să fie un tribut adus mentorului său. (Cartea îi este dedicată lui Freud, „exploratorul inconştientului, creatorul psihanalizei"). Principalul argument al lui Rank, minuţios elaborat, era că naşterea – deopotrivă actul fizic de trecere prin canalul uterin şi actul psihic de separare de mamă – este atât de traumatică, încât experienţa devine modelul tuturor experienţelor ulterioare ale anxietăţii. Cu această afirmaţie, Rank construia pe temelia pe care Freud însuşi construise. „Actul naşterii este în plus cea dintâi trăire de angoasă şi astfel este sursă şi prototip al afectului de angoasă", scrisese Freud în 1908 într-o notă de subsol în a doua ediţie a *Interpretării viselor*, şi expusese din nou această concepţie în anul următor într-un discurs în faţa Societăţii de Psihanaliză de la Viena?

Însă *Das Trauma der Geburt* era o lucrare de o asemenea extravaganţă interpretativă, încât Freud, deşi el însuşi deloc străin de salturile interpretative, a găsit-o bizară şi năucitoare şi a dedicat un întreg capitol din

Inhibiţie, simptom şi angoasă repudierii acesteia? 1 Argumentele lui Rank l-au obligat pe Freud să abordeze din

9 James Strachey, psihanalist britanic şi traducător al operei lui Freud, a speculat că Freud făcuse legătura între naştere şi anxietate încă din perioada 1880 – 1890, când, medic fiind, a auzit povestindu-se despre o moaşă care afirmase că există o relaţie care durează întreaga viaţă între naştere şi frică. (Vezi *Interpretarea viselor*, trad. de Roxana Melnicu, în Freud, *Opere esenţiale*, vol. 2, Editura Trei, Bucureşti, 2017, pp. 467 – 468 – n.tr.)

n) Rank considera că trauma naşterii explică totul – de la cuceririle teritoriale ale lui Alexandru cel Mare (motivate de „încercarea de a fi singurul posesor al mamei", înlăturându-l pe tată) la schimbările sociale ca Revoluţia Franceză (o încercare de [...] uzurpare a „dominaţiei masculine" şi de întoarcere la mamă), de fobia de animale („raţionalizare [...] a dorinţei-prin dorinţa de a fi mâncat – de întoarcere în pântecul mamei"), devotamentul apostolilor nou modurile în care primele experienţe de viaţă sunt relevante pentru anxietate. Asta l-a făcut să-şi revizuiască propria teorie.

În ultimul capitol din *Inhibiţie, simptom şi angoasă*, Freud vorbeşte pe scurt despre ceea ce el numea „factorul biologic" 8, prin care se referea la „neajutorarea şi dependenţa care se menţin mult timp la copilul omului".

Freud scria că „existenţa intrauterină a omului pare relativ scurtată faţă de majoritatea animalelor: el este trimis în lume mai neterminat decât ele"[24]. Se pare să sugarul ştie instinctiv că mama poate oferi hrană şi susţinere şi învaţă foarte repede că prezenţa mamei înseamnă siguranţă şi confort şi că absenţa ei înseamnă

24p entru Isus Cristos („vedeau în El că reușise să depășească trauma nașterii"). Unii dintre discipolii de mai târziu ai lui Freud îl vor denunța pe Rank, nu fără motiv, ca fiind nebun.

*) Majoritatea animalelor ies din uter sau din ou dependente într-o anumită măsură de îngrijirea părinților pentru supraviețuire, dar majoritatea sunt relativ mai puțin dependente la naștere decât copiii.

pericol şi disconfort. Observând asta, Freud a tras concluzia că cea mai timpurie anxietate a oamenilor – şi astfel, într-o anumită măsură, sursa tuturor stărilor anxioase de mai târziu – este o reacţie la „pierderea obiectului” – „obiectul” fiind mama. „Acest factor biologic ia fiinţă deci din primele situaţii de pericol”, scrie Freud. Anxietatea iniţială este provocată de pierderea îngrijirii materne; de-a lungul vieţii, „[dorinţa de a fi iubit] nu îl va părăsi niciodată pe om” 10.

În ultimele pagini din *Inhibiţie, simptom şi angoasă*, Freud dezvoltă succint ideea că anxietatea fobică a adulţilor este o rămăşiţă a adaptărilor evoluţioniste ale oamenilor: fobiile de furtuni, animale, străini, singurătate şi întuneric reprezintă „resturile diminuate ale unei precauţii congenitale în pentru pericolele reale care existau în starea naturală. Pentru primii bărbaţi şi primele femei, faptul de a fi singuri sau în întuneric sau muşcaţi de un şarpe sau un leu – şi, desigur, separarea unui sugar de mamă – reprezenta o ameninţare reală cu moartea. Prin toate acestea, Freud anticipa descoperirile biologilor şi specialiştilor în neuroştiinţe care aveau să studieze fobiile în următoarele decenii?

Cu alte cuvinte, când avea 70 de ani, Freud s-a apropiat în sfârşit, printr-o adnotare la una dintre ultimele sale lucrări, de ceea ce va deveni modalitatea ştiinţifică modernă de înţelegere a anxietăţii. Dar era prea târziu. Discipolii lui porniseră deja la drum cu „complexul Oedip” şi „invidia penisului” şi „anxietatea de castrare” – şi cu „complexul de inferioritate” (Adler) şi „inconştientul colectiv” (Jung) şi „instinctul de moarte” (Melanie Klein) şi „fixaţii orale şi anale” (Karl Abraham) şi aşa-numitele „fantasme” despre „sânul rău şi sânul bun” (iarăşi Klein). Timp de o generaţie, pe măsură ce domeniul s-a dezvoltat în anii de dinaintea şi de după al Doilea Război Mondial, perspectiva psihanalitică dominantă a fost că anxietatea era provocată de acumularea pulsiunii sexuale.

Deşi se consideră că părinţii joacă un roi important

în dezvoltarea de către copil a unei susceptibilităţi sporite la frică, comportamentul lor nu este văzut în termeni de condamnare morală, ci ca fiind determinat de experienţele pe care le-au trăit ei înşişi în copilărie.

— John Bowlby, *Separation*: *Anxiety and Anger* (*Separare: anxietate şi furie*) (1973)

Omul în cea mai mare măsură responsabil pentru descifrarea misterelor anxietăţii de separare şi pentru aducerea acestui concept în centrul psihiatriei moderne a fost psihanalistul britanic John

9 Freud a păstrat pentru psihanaliză un elan interpretativ postulând că fobiile din copilărie devin prea severe sau se menţin la vârsta adultă numai atunci când se transformă în frici de lucruri din exterior (de şobolani sau de înălţimi sau de întuneric sau de fulger sau de spaţii deschise – sau de maioneză, o fobie prezentă în literatură) asupra cărora sunt proiectate conflicte psihice interioare. Din această perspectivă, fobiile sunt reprezentări simbolice exterioare ale ameninţărilor pe care şinele [zd] (cu impulsurile sale nemărginite care trebuie refulate) şi supraeul (cu impunerile sale stricte de conştiinţă şi moralitate) le pun asupra eului.

Bowlby, care s-a străduit la rândul lui să salveze psihanaliza de chinuitoarea ambiţie teoretică. Instruit în anii ’30 de Melanie Klein, protejată a lui Freud, Bowlby va ajunge să dezvolte aşa-numita teorie a ataşamentului – ideea că nivelul de anxietate al individului derivă în linii mari din natura relaţiei cu primele figuri de care te ataşezi, cel mai adesea mama.

Bowlby s-a născut în 1907, fiu al unui chirurg aristocrat care se îngrijea de sănătatea regelui Marii Britanii, şi a spus mai târziu că a avut un „mediu foarte stabil” 12. Dar nu e greu să vezi că interesele clinice şi de cercetare ale lui Bowlby, la fel ca în cazul lui Freud, aveau la bază propriile experienţe din copilărie. Conform psihologului Robert Karen, mama lui Bowlby era „o femeie severă, dură, egoistă, care nu-i lăuda niciodată pe copii şi

care părea să nu ştie deloc că şi ei aveau o viaţă afectivă” 13; tatăl lui Bowlby, în general absent, era „un soi de agresor infatuat”. Copiii familiei Bowlby obişnuiau să ia masa separat de părinţii lor până la vârsta de 12 ani – când li s-a permis să li se alăture părinţilor numai la desert. Până să fi împlinit 12 ani, Bowlby fusese deja plecat de acasă, trimis la internat, timp de patru ani. În public va spune întotdeauna că părinţii lui l-au trimis de acasă pentru că voiau să-l protejeze de bombele pe care se temeau că le vor arunca zeppelinele germane deasupra Londrei în Primul Război Mondial; totuşi, într-un cadru personal a mărturisit că ura internatul şi că nu ar trimite de acasă la o vârstă atât de mică nici măcar un câine?

Înainte de Bowlby, psihanaliştii nu se arătau în general interesaţi de relaţiile de zi cu zi dintre părinţi şi copii. Îi interesau mai degrabă alăptarea, mersul la oliţă şi (mai ales) situaţiile în care copilul fusese martor la contactul sexual al părinţilor. Oricine punea accentul pe experienţele reale ale copilului – şi nu pe fantasmele lui – „era văzut ca un biet naiv”, îşi va aminti Bowlby mai târziu. O dată, când era încă student la Medicină, se uita exasperat cum o serie de studii de caz prezentate la Societatea Britanică de

*) Robert Karen observă că aproape tot ce a scris Bowlby în îndelungata sa carieră despre nevoile copiilor mici „poate fi considerat o critică a modului de creştere a copiilor la care fusese supus” 14.

Psihanaliză identificau originea tulburărilor afective ale pacienţilor în fantasme din copilărie. Nu a mai putut să îndure şi a izbucnit: „Dar *chiar* există mame *relei*” *15* Ăsta nu era un lucru pe placul instituţiei psihanalitice.

În 1938, când încă se mai afla în relaţii bune cu mandarinii psihanalizei, a primit drept coordonator una dintre figurile centrale ale freudismului, Melanie Klein?

Bowlby se va găsi curând în dezacord cu multe dintre perspectivele lui Klein – cum ar fi cu faptul că sugarii mustesc de ură, libido, invidie, sadism, instincte de moarte

şi furie faţă de constrângerile supraeului şi cu faptul că originea nevrozelor ar fi conflictul dintre „sânul bun” şi „sânul rău”. Conform celor mai multe relatări, Klein însăşi nu era o persoană plăcută; Bowlby o va descrie mai târziu ca „o bătrână înfiorător de vanitoasă care îi manipula pe oameni” 16. Însă îl tulbura mai ales ignorarea de către Klein a relaţiei reale dintre mamă şi copil. Primul caz tratat sub supervizarea lui Klein a fost un băieţel anxios şi hiperactiv. Bowlby a observat imediat că mama băiatului era „o femeie extrem de anxioasă, tulburată, care îşi tot strângea mâinile, într-o stare tensionată şi nefericită” 17. Pentru el părea evident că problemele emoţionale ale mamei contribuiau la cele ale băiatului şi că o abordare de bun-simţ a tratamentului ar fi inclus consilierea mamei. Dar Klein i-a interzis lui Bowlby să vorbească cu femeia. Când mama a fost în cele din urmă internată într-un spital de boli psihice după o cădere nervoasă, reacţia lui Klein a fost de exasperare pentru că trebuia să găsească un alt pacient, din moment ce nu mai avea

*) Născută în Viena şi instruită ca educatoare, Klein va ajunge, după încheierea unei căsnicii nefericite, în psihanaliză cu doi dintre cei mai apropiaţi discipoli ai lui Freud, Sándor Ferenczi şi Karl Abraham, iar apoi va deveni ea însăşi unul dintre cei mai importanţi urmaşi şi interpreţi ai lui Freud. În 1926, Klein, în vârstă de 44 de ani, s-a mutat la Londra, unde a fost extrem de bine primită de Ernest Jones, directorul Societăţii Britanice de Psihanaliză şi cel mai înflăcărat protector al moştenirii lui Freud. Venirea lui Klein la Londra şi mai ales dezacordul dintre ea şi Anna Freud, fiica lui Freud, în privinţa analizei şi tratamentului copiilor au dus la o scindare a societăţii între kleinieni şi Anna) freudieni pe parcursul celui de-al Doilea Război Mondial. cine să-l aducă pe băiat la cabinet. „Faptul că biata femeie a avut o cădere nu prezenta niciun fel de interes clinic [pentru Klein]” 18, va spune Bowlby mai târziu. „Asta m-a îngrozit, ca să fiu sincer. Şi din acel moment misiunea vieţii mele a fost să demonstrez că

experienţele reale au un efect foarte important în dezvoltare”.

În 1950, Ronald Hargreaves, directorul secţiei de psihiatrie de la Organizaţia Mondială a Sănătăţii, i-a solicitat lui Bowlby un raport despre problemele psihologice ale miilor de copii europeni care rămăseseră fără adăpost din cauza pagubelor produse de cel de-al Doilea Război Mondial. Raportul lui Bowlby, *Maternal care and Mental Health* (*îngrijirea maternă şi sănătatea mintală*), reprezenta un îndemn pentru guverne să recunoască faptul că afecţiunea mamei este la fel de importantă pentru sănătatea mintală „ca vitaminele şi proteinele pentru sănătatea fizică”. Oricât ar părea de ciudat acum, în 1950 nu prea erau cunoscute efectele *parentingului* asupra dezvoltării psihologice – în special în cadrul psihiatriei, unde tratamentul încă era centrat pe procesarea fantasmelor?

Primele cercetări ale lui Bowlby au fost centrate pe ce se întâmpla când, din cauza ingerinţelor războiului sau bolii, copiii erau separaţi de mamă. Teoria psihanalitică şi cea comportamentală susţineau că separarea de mamă nu prea conta atâta timp cât erau satisfăcute nevoile de bază (hrană, adăpost) ale copilului. Bowlby a descoperit că asta nu era deloc adevărat: când copiii mici erau separaţi de mamă pentru o perioadă îndelungată aveau tendinţa de a manifesta o suferinţă acută. Bowlby s-a întrebat dacă efectele separării prelungite în copilăria timpurie ar putea duce la o boală psihică de mai târziu. Copiii care la reîntâlnirea după

9 în prima cercetare asupra isteriei, la începutul anilor 1890, Freud susţinea că nevrozele adulţilor sunt rezultatul unor traume *reale* din copilăria timpurie, cel mai frecvent de natură sexuală – dar până în 1897 şi-a revizuit perspectiva şi a susţinut noua concepţie a complexului Oedip, afirmând acum că nevrozele erau rezultatul/fintasjrze Zorrefulate din copilărie de a face sex cu părintele de sex opus şi de a-l ucide pe cel de acelaşi

sex. Adulţii fără nevroze erau cei care îşi rezolvaseră cu succes complexul Oedip; adulţii cu nevroze – cei care nu făcuseră asta.

O separare se agăţau de mamă, presupunea Bowlby, erau cei care vor ajunge adulţi nevrotici, dornici de atenţie şi afecţiune; cei care deveneau ostili erau cei care vor evita intimitatea şi vor dezvolta cu greu relaţii profunde.

În anii ’40 şi ’50, când era director al secţiei de copii de la o clinică din Londra, Bowlby a început să exploreze modul în care relaţiile cotidiene dintre mamă şi copil – ceea ce va numi stil de ataşament – afectau starea psihologică a copilului. A descoperit că aceleaşi tipare apăreau iar şi iar.

Când mamele aveau relaţii „de ataşament securizant” cu bebeluşii lor-mame care erau calme şi disponibile fără să fie sufocante sau hiperprotectoare – copiii erau mai calmi, se aventurau mai mult, erau mai fericiţi; aveau un echilibru stabil între menţinerea apropierii de mamă şi explorarea mediului.

Copiii cu ataşament securizant erau capabili să creeze ceea ce Bowlby numea un „model intern operant” al iubirii mamei pe care îl puteau duce cu ei în lume de-a lungul întregii vieţi – un sentiment interiorizat de protecţie psihologică, senzaţia de a fi iubit şi în siguranţă în lume. Dar dacă mamele aveau relaţii de ataşament „nesigure” sau „ambivalenţe” cu pruncii lor – dacă mamele erau anxioase şi hiperprotectoare sau reci din punct de vedere emoţional şi retrase –, copiii erau mai anxioşi şi se aventurau mai puţin; se agăţau de mamă şi deveneau foarte agitaţi ca reacţie la orice separare.

În următorii 40 de ani, Bowlby şi colegii săi vor dezvolta o tipologie a stilurilor de ataşament. Ataşamentul sigur al copiilor prezicea un nivel scăzut de anxietate şi un grad sănătos de intimitate la vârsta adultă. Ataşamentul ambivalent – tiparul care descria copiii care se agăţau şi care erau foarte anxioşi, care manifestau niveluri înalte de activare fiziologică în situaţii noi şi care sunt mai

preocupaţi de monitorizarea mamei decât de explorarea mediului – prezicea un nivel înalt de anxietate la vârsta adultă? Ataşa

Relaţiile romantice de la vârsta adultă dintre cei cu stiluri de ataşament ambivalenţe tind să fie caracterizate de comportamente de agăţare şi de frica de abandon.

mentul évitant al copiilor-tiparul care descria copiii cu tendinţa de a se retrage din relaţia cu mama în urma separărilor – prezicea o probabilitate scăzută de intimitate la vârsta adultă?

Omul care l-a ajutat cel mai mult pe Bowlby să dezvolte această taxonomie a stilurilor de ataşament a fost psihologul Mary Ainsworth. În 1929, Ainsworth era studentă în primul an la Universitatea din Toronto şi era copleşită de sentimente de inadecvare. A participat în acel an la un curs de psihopatologie ţinut de William Blatz, psiholog a cărui teorie a siguranţei susţinea că senzaţia de bine a unui copil mic derivă din apropierea de părinţi şi că acesta are capacitatea de a creşte şi de a se dezvolta dacă părinţii sunt disponibili în mod constant. Atrasă către Blatz de propriul sentiment permanent de nesiguranţă, Ainsworth şi-a luat licenţa în psihologie şi a ajuns în 1939 lector în cadrul Departamentului de psihologie de la Universitatea din Toronto. Dar când soţul ei a hotărât să urmeze cursuri postuniversitare în Marea Britanie, ea a trebuit să-şi găsească o slujbă la Londra. O prietenă i-a arătat un anunţ din *The* Times al unui psihanalist aflat în căutarea unui asistent de cercetare care să-l ajute la un proiect despre efectele separării timpurii a copilului de mamă asupra dezvoltării. Ainsworth şi-a depus candidatura, dorind să înţeleagă relaţia cu propria mamă, care fusese centrată pe sine şi distantă. Bowlby a angajat-o – şi aşa a început principalul parteneriat al dezvoltării teoriei ataşamentului.

Ainsworth a adus două contribuţii personale în acest domeniu. Prima la mijlocul anilor ’50, când a mers cu soţul ei în Kampala, î) Adulţii evitanţi au tendinţa de a respinge

relaţiile apropiate şi sunt adesea obsedaţi de muncă; aşa cum preferau jucăriile în locul mamei când erau mici, ca adulţi preferă să muncească în loc să petreacă timp cu familia. (Deşi cei cu un stil évitant de ataşament par să fie mai puţin anxioşi decât cei cu un stil ambivalent de ataşament, Bowlby a ajuns să fie convins că nu aşa stau lucrurile; o serie de studii începute în anii ’70 au demonstrat că, în timpul separărilor, copiii evitanţi manifestau niveluri ridicate de activare fiziologică – ritm cardiac accelerat, secreţie mai mare de hormoni de stres în fluxul sangvin şi aşa mai departe – de tipul celei asociate anxietăţii. Copilul pare să simtă o suferinţă manifestată fizic, dar este capabil – în mod adaptativ sau nu – să suprime exprimarea vizibilă a emoţiei.)

Uganda. Aici, Ainsworth a identificat 28 de sugari din satele din apropiere şi a început să-i observe acasă, studiind comportamentul de ataşament într-un mediu natural. A făcut înregistrări minuţioase, urmărind alăptarea, învăţarea la oliţă, spălarea, obiceiul de supt al degetului, culcarea, manifestările furiei şi anxietăţii şi exprimarea fericirii şi tristeţii, examinând modul în care mamele interacţionau cu copiii. A fost cea mai cuprinzătoare observaţie naturală de acest tip realizată până atunci.

Când a ajuns pentru prima dată în Uganda, Ainsworth era de acord deopotrivă cu freudienii şi comportamentaliştii că ataşamentul afectiv pe care sugarii îl investeau în mamă era o asociere secundară hrănirii: mamele ofereau lapte, care oferea confort, aşa că bebeluşii ajungeau să asocieze sentimentul de confort cu mama; nu exista ceva inerent relaţiei materne diferit de oferirea hranei care să fi fost semnificativ psihologic.19 Dar când a analizat observaţiile meticuloase, Ainsworth şi-a schimbat părerea. Freudienii şi comportamentaliştii se înşelau, a tras ea concluzia, şi Bowlby avea dreptate. Când copiii începeau să meargă de-a buşilea şi să exploreze lumea din jurul lor se întorceau în mod repetat la mamă – fie fizic, fie

printr-un schimb de priviri şi zâmbete – şi păreau să fie întotdeauna conştienţi unde anume se afla mama. Descriind lucrurile pe care le observase când copiii începeau să meargă de-a buşilea, Ainsworth a scris că mamele păreau să ofere o „bază sigură” de la care puteau porni fără anxietate în aceste incursiuni. Baza sigură va deveni un element esenţial al teoriei ataşamentului a lui Bowlby.

Ainsworth a observat că, în timp ce unii sugari se agăţau din răsputeri de mamă aproape tot timpul şi plângeau inconsolabil când erau separaţi de ea, alţii păreau indiferenţi, tolerând separările fără suferinţă evidentă. Însemna asta că sugarii nepăsători îşi iubeau mamele mai puţin decât cei care se agăţau şi erau cumva mai puţin ataşaţi de ele? Sau, după cum a ajuns Ainsworth să presupună, asta însemna că sugarii care se agăţau erau de fapt cel *mai puţin* ataşaţi?

Ainsworth a ajuns în cele din urmă să considere că şapte dintre cei 28 de bebeluşi din Uganda aveau un „ataşament nesecurizant”. I-a studiat cu atenţie. Ce îi făcea să se simtă atât de anxioşi şi să se agaţe atât de intens? în cea mai mare parte se părea că aceşti sugari primeau aceeaşi cantitate de îngrijire maternă precum ceilalţi; cei cu ataşament nesecurizant nu suferiseră separări excesive sau traumatice care să fi putut explica anxietatea lor. Dar, privind mai îndeaproape, Ainsworth a început să observe anumite lucruri în privinţa mamelor acestor sugari: unele erau „foarte anxioase”, distrase de propriile preocupări – multe fuseseră părăsite de soţi sau aveau o viaţă de familie dezordonată. Totuşi, ea nu putea să stabilească precis comportamentele materne care generau anxietate de separare sau ataşament nesecurizant.

În 1956, Ainsworth s-a mutat în SUA şi a început să predea la John’s Hopkins. Hotărâtă să descopere dacă comportamentele de ataşament sunt universale, a decis să realizeze un experiment prin care putea să testeze asta.

Aşa s-a născut ceea ce Ainsworth a numit experimentul situaţiei străine, de atunci înainte un element esenţial al cercetării dezvoltării copilului. Procedura era simplă. O mamă şi un copil erau plasaţi într-un cadru nefamiliar – o încăpere cu multe jucării – şi copilul era liber să exploreze. Apoi, mama fiind încă prezentă, un străin intra în încăpere. Cum va reacţiona copilul? apoi mama ieşea, lăsând copilul singur cu străinul. Cum va reacţiona copilul la asta? apoi mama se întorcea. Cum va răspunde copilul la reîntâlnire? Asta se putea repeta fără străin – mama ieşea şi lăsa copilul singur în încăpere şi se întorcea puţin mai târziu. Toate astea erau observate de cercetătorii care se aflau în spatele unei oglinzi prin care puteau vedea ce se petrece în cameră. În următoarele decenii acest experiment a fost repetat de mii de ori şi s-au acumulat munţi de informaţii.

Experimentele au adus unele descoperiri interesante. În prima fază a experimentului, sugarii explorau încăperea şi se uitau la jucării, privind în tot acest timp mereu înapoi spre mamă – ceea ce indică faptul că nevoia psihologică a copiilor de a porni de la o „bază sigură” este într-adevăr universală, nedeterminată cultural, însă existau multe variaţii ale modului în care copiii erau tulburaţi când intervenea separarea de mamă: aproximativ jumătate dintre ei începeau să plângă după ce mama ieşea din încăpere, iar unii sufereau intens şi îşi reveneau cu greu. Când mama se întorcea, sugarii care suferiseră se agăţau de ele şi în acelaşi timp le loveau, manifestând deopotrivă furie şi anxietate. Ainsworth a numit tiparul de ataşament al acestor copii „ambivalent”. Şi mai fascinanţi decât copiii ambivalenţi pentru Ainsworth erau cei al căror stil de ataşament îl va numi „evitant”: aceştia păreau complet indiferenţi la plecarea mamei şi rar se arătau tulburaţi. La o privire superficială, păreau destul de sănătoşi şi de bine adaptaţi. Dar Ainsworth va ajunge să considere – şi numeroase cercetări vor susţine în final această idee – că independenţa şi calmul acestor copii evitanţi erau de fapt

produsul unui mecanism de apărare, o amorţire afectivă prin care făceau faţă respingerii materne.

Pe măsură ce Ainsworth strângea informaţii, cel mai elocvent fapt care a ieşit la iveală a fost corelaţia semnificativă între stilul de *parenting* al mamei şi nivelul general de anxietate al copilului. Mamele copiilor identificaţi de cercetători ca fiind ataşaţi în mod securizant răspundeau mai repede la semnalele de suferinţă ale copiilor, aveau tendinţa de a-i ţine în braţe şi de a-i mângâia perioade mai îndelungate şi păreau să obţină mai multă plăcere din aceste lucruri decât mamele copiilor ambivalenţi şi evitanţi. (Mamele copiilor cu ataşament securizant nu interacţionau neapărat *mai mult* cu ei, ci interacţionau *mai bine*, fiind mai afectuoase şi mai reactive.) Mamele copiilor evitanţi aveau în cea mai mare măsură un comportament de respingere; mamele copiilor ambivalenţi manifestau cel mai înalt nivel de anxietate şi reacţiile lor erau de departe cele mai imprevizibile – uneori erau iubitoare, alteori respingătoare, alteori distrase. Ainsworth va scrie mai târziu că predictibilitatea reacţiei materne contribuie la determinarea încrederii şi stimei de sine a copilului în viaţa de mai târziu; mamele care reacţionau previzibil la semnalele de suferinţă într-o manieră rapidă şi caldă aveau sugari care ajungeau pe parcursul dezvoltării să fie copii încrezători şi independenţi.

În următoarele decenii, legătura dintre stilul de ataşament şi sănătatea psihologică a fost confirmată în mod repetat de mai multe tipuri diferite de măsurători? O serie importantă de studii longitudinale iniţiată în anii ’70 de cercetătorii de la Universitatea din Minnesota a descoperit că de fapt copiii cu un tipar securizant de ataşament sunt mai fericiţi, mai entuziaşti, mai perseverenţi, se concentrează mai bine la sarcinile experimentale şi au un control mai bun al impulsurilor decât copiii cu ataşament anxios. La aproape fiecare test creat de cercetători copiii cu ataşament securizant s-au

descurcat mai bine decât cei cu ataşament ambivalent: aveau un nivel mai ridicat de încredere în sine, o mai mare „rezilienţă a eului” şi un nivel mai scăzut de anxietate şi erau mai independenţi; erau chiar şi mai plăcuţi de către profesorii lor. Manifestau de asemenea un nivel mai înalt de empatie faţă de ceilalţi – probabil deoarece copiii cu ataşament nesecurizant erau prea preocupaţi de sine pentru a se putea pune de acord cu oricine altcineva. Copiii cu ataşament securizant păreau pur şi simplu să se bucure mai mult de viaţă: niciunul dintre copiii cu ataşament ambivalent nu zâmbea, nu râdea şi nu manifesta încântare la acelaşi nivel ca al copiilor cu ataşament securizant.20 Mulţi dintre copiii cu ataşament ambivalent aveau tendinţa de a se prăbuşi ca urmare până şi a unui stres minor.

Aceste efecte persistau ani, chiar zeci de ani. Adolescenţilor care când fuseseră mici avuseseră un tipar securizant de ataşament le era mai uşor să-şi facă prieteni – dar cei care avuseseră un tipar ambivalent de ataşament erau copleşiţi de anxietatea inerentă navigării în grupuri sociale şi adesea sfârşeau alienaţi şi fără prieteni. Studiile au descoperit că adulţii care au avut mame cu un tipar de ataşament ambivalent tindeau să tărăgăneze lucrurile, să se concentreze mai greu, să fie mai uşor distraşi de îngrijorări în privinţa relaţiilor interpersonale şi – poate ca urmare a tuturor acestor lucruri – de a avea un venit mediu mai mic decât cei ale căror mame aveau un tipar de ataşament securizant sau evitant. Numeroase studii din ultimii 30 de ani sugerează că ataşamentul

O Ca urmare a influenţei lui Bowlby şi Ainsworth, în anii ’80 departamentele de psihologie ale universităţilor americane erau populate din plin cu specialişti în teoria ataşamentului.

nesecurizant din copilăria timpurie este un predictor puternic al dificultăţilor afective de la vârsta adultă. În medie, este mult mai probabil ca o fetiţă de doi ani cu un ataşament ambivalent de mamă să ajungă o femeie ale

cărei relaţii romantice sunt afectate de gelozie, îndoieli şi anxietate; va căuta întotdeauna – probabil fără succes – relaţia sigură, stabilă pe care nu a avut-o cu mama. Fiica unei mame anxioase şi care se agaţă va ajunge ea însăşi o mamă anxioasă şi care se agaţă.

…o mamă care, din cauza experienţelor defavorabile din copilărie, ajunge să aibă un ataşament anxios este predispusă să ceară îngrijire de la propriul copil şi, prin urmare, să provoace în copil sentimente de anxietate, vinovăţie şi poate chiar fobii.

— John Bowlby, *A Secure Base* (1988) 3

În anii de după război, cercetările neurochimice au demonstrat că, atunci când un sugar sau un adult este stresat, o serie de reacţii chimice de la nivelul creierul provoacă o cascadă de anxietate şi suferinţă emoţională; întoarcerea la o bază sigură (mama sau un partener) determină secreţia de opiate endogene care fac individul să se relaxeze şi să se simtă în siguranţă. De ce se întâmplă asta?

În anii ’30, John Bowlby, deja absorbit de studiul legăturii mamă-copil, a descoperit lucrările primilor etologi. Etologia, studiul ştiinţific al comportamentului animalelor, sugera că multe dintre comportamentele de ataşament pe care Bowlby le observase la oameni sunt universale în cazul mamiferelor, ceea ce reprezintă o explicaţie evoluţionistă a acestor comportamente.

Nu este dificil de înţeles beneficiul adaptativ din punct de vedere evoluţionist al comportamentelor timpurii de ataşament: faptul de a ţine puii aproape o ajută pe mamă să îi protejeze până când se pot apăra singuri. Bowlby a înţeles că aşa se poate explica anxietatea de separare, aproape exclusiv în termeni de selecţie a) Vezi John Bowlby, *O bază de siguranţă*, trad. de Alexandra Timofte, Editura Trei, Bucureşti, 2011, p. 76 (n.tr.).

naturală: există o valoare adaptativă a mecanismelor psihologice care încurajează mama şi copiii din orice specie să rămână aproape unul de celălalt prin provocarea

suferinţei în cazul în care sunt separaţi; copiii cei mai predispuşi să se agaţe de mamă în momentele de suferinţă pot avea un avantaj darwinist în faţa celorlalţi.

Smulgând sursele anxietăţii din tărâmul fantasmelor în lumea etologiei, Bowlby s-a îndepărtat de colegii săi psihanalişti? Când, în anii ’50, a prezentat primele descoperiri ale cercetărilor sale, a fost atacat din două părţi – de psihanalişti şi de comportamentalişti. Pentru comportamentalişti, legătura mamă-copil nu avea o importanţă intrinsecă; relevanţa acesteia pentru anxietatea de separare deriva din „beneficiile secundare” – oferirea hranei, prezenţa alinătoare a sânului – pe care copilul ajungea să le asocieze prezenţei mamei. Pentru comportamentalişti nu putea exista ataşament fără nevoi specifice – în principal de hrană – pe care mama să le îndeplinească. Bowlby nu era de acord cu asta. Comportamentele de ataşament – şi anxietatea de separare – sunt configurate biologic la animale, inclusiv la oameni, independent de asocierea dintre hrană şi mamă. În apărarea acestui argument, Bowlby a citat influentul articol21 din 1935 al lui Konrad Lorenz „The Companion in the Bird’s World” („Parteneriatul în lumea păsărilor”), în care demonstra că bobocii de gâscă se puteau ataşa nu numai de gâşte, ci uneori şi de obiecte care *nu* îi hrăneau”.

9 în ciuda a ceea ce Freud a scris la sfârşitul vieţii despre rădăcinile evoluţioniste ale anxietăţii fobice, convertirea lui la această linie de gândire a venit prea târziu pentru a-i mai influenţa pe discipolii săi, care duceau acum cuvântul psihanalizei în lumea întreagă. Cel puţin în perioada celui de-al Doilea Război Mondial, teoreticienii psihanalizei considerau încă frica de castrare, supraeul represiv şi instinctul de moarte sublimat ca „piatra de temelie” – în formularea lui Bowlby – a anxietăţii. (Bowlby credea că dacă Freud ar fi avut o înţelegere mai profundă a lucrărilor lui Darwin psihanaliza ar fi încorporat mai convingător principiile biologiei.)

”) Când la sfârşitul anilor ’50 Bowlby a ţinut o serie

de prezentări, „the nature of Child's Ţie to His Mother" („Natura legăturii copilului cu mama"), în faţa colegilor săi psihanalişti de la Societatea Britanică de Psihanaliză, a încercat să se plaseze pe el însuşi şi cercetările sale în cadrul tradiţiei

Freudienii au susţinut că încrederea lui Bowlby în modelul animalelor nu lăsa loc pentru procesele intra-psihice – ca de exemplu lupta dintre sine [zW] şi supraeu – care diferenţiază mintea umană de mintea animalelor. O dată, după ce Bowlby a prezentat un prim articol despre anxietatea de separare la Societatea Britanică de Psihanaliză, instituţia a organizat mai multe sesiuni ulterioare dedicate prezentărilor susţinute de criticii care doreau „să dea" în Bowlby. Au fost voci care cereau „excomunicarea" lui pentru apostazie.23

În timp ce critica psihanaliştilor se inflama împotriva lui, Bowlby a primit o infuzie de sprijin din lumea cercetării pe animale când, în 1958, Harry Harlow, preşedintele Asociaţiei Americane de Psihologie şi psiholog la Universitatea din Wisconsin, a publicat un articol24 în revista *American Psihologist* cu titlul „the nature of Love" („Natura iubirii"). Harlow descria aici seria de experimente care sunt acum parte integrantă din orice curs de introducere în psihanaliză.

Începutul experimentelor a fost întâmplător. Multe dintre maimuţele rhesus de la laboratorul lui Harlow contractaseră boli fatale, aşa că el a luat 60 de pui de lângă mame la câteva ore după naştere pentru a fi crescuţi într-un mediu steril. A funcţionat: maimuţele separate au rămas neafectate de boală şi dezvoltarea lor fizică părea normală, chiar dacă au rămas separate de mamă. Dar Harlow a observat unele lucruri ciudate în comportamentul lor. În primul rând, se agăţau cu disperare de pânza de pe podeaua cuştilor. Maimuţele închise în cuşti de sârmă în care nu erau pânze păreau că încearcă din răsputeri să supravieţuiască fizic; starea lor se ameliora dacă li se oferea un con de sârmă îmbrăcat în

pluş.

Asta i-a dat lui Harlow ideea despre modul în care ar putea testa ipoteza pe care, la fel ca Bowlby, o considerase întotdeauna suspectă: concepţia susţinută şi de psihanalişti, şi de comportafreudiene. Reacţiile împotriva lui au fost dure. „Ce sens are să psihanalizezi o gâscă?” 22 va întreba mai târziu psihanalista Hanna Segal (citându-l pe Ogden Nash), luând în râs faptul că Bowlby a apelat la etologie. „Un bebeluş nu o poate urma pe mama lui, nu e un boboc”, a spus un alt psihanalist în derâdere.

mentalişti că sugarul se ataşează de mamă doar pentru că îl hrăneşte. Chiar recunoscând că asocierea mamei cu hrana poate reprezenta „un agent de întărire secundară” (în terminologia comportamentalistă), Harlow nu credea că aceste prime hrăniri erau suficiente pentru a explica legătura cu mama – iubirea şi afecţiunea – care dura zeci de ani după aceea. Harlow s-a întrebat dacă maimuţele rhesus puteau fi folosite în cercetarea originii iubirii pe care copilul o are faţă de mamă. S-a hotărât să verifice.

A separat opt pui rhesus de mamă şi i-a pus pe fiecare în câte o cuşcă unde erau două obiecte pe care le-a numit surogate de mamă. Una dintre cele două mame din fiecare cuşcă era făcută din sârmă; cealaltă era din lemn, însă învelită în pluş. În patru din cuşti, un sfârc de cauciuc care oferea lapte era ataşat de surogatul din sârmă; în celelalte patru, sfârcul era montat pe cel învelit în pluş. Dacă supoziţia comportamentalistă era corectă, ataşamentul nefiind nimic altceva decât un produs secundar al asocierii cu hrănirea, atunci trebuia ca în toate cazurile puii să fie atraşi de surogatul de care era ataşat sfârcul.

Lucrurile s-au petrecut altfel. În loc de asta, toate cele opt maimuţe s-au ataşat de mama de pluş – şi au petrecut 16 – 18 ore pe zi agăţaţi de ea – *chiar şi în cazul în care sfârcul hrănitor era ataşat de mama de sârmă*. Asta a fost o lovitură devastatoare pentru teoria

comportamentalistă a anxietăţii de separare. Dacă era mai probabil ca maimuţele să se ataşeze de un obiect moale şi confortabil care *nu* le hrănea decât de o sârmă care *le hrănea*, potolirea foamei nu putea constitui asocierea operantă a procesului de ataşare, cum credeau comportamentaliştii.1

Coincidenţa a făcut ca Bowlby să participe la întrunirea Asociaţiei Americane de Psihologie din Monterey, California, unde

l) Existau şi alte paralele între comportamentul maimuţelor şi lucrurile pe care Bowlby le observase la bebeluşi. Dacă Harlow introducea un nou obiect în cuşcă, maimuţele fugeau agitate la mama de pluş și se frecau de ea până se simţeau mai liniştiţi; după ce se calmau, începeau să investigheze şi să se joace cu obiectul, folosind mama de pluş ca în formula pe care Bowlby şi Ainsworth o vor folosi în curând – „bază de siguranţă”.

Harlow a prezentat pentru prima oară articolul său „Nature of Love”. Bowlby a recunoscut imediat importanţa cercetării lui Harlow pentru propria teorie şi cei doi au făcut cauză comună. În anii următori alte studii au reprodus descoperirile iniţiale ale lui Harlow. Pentru Bowlby asta însemna răzbunare şi reprezenta o armură în faţa atacurilor lansate de freudieni şi comportamentalişti. „De atunci înainte”, va scrie Bowlby mai târziu, „nu s-a mai auzit nimic de neverosimilitatea inerentă ipotezelor noastre, iar critica a devenit mai constructivă” 25.

Studiile realizate de Harlow s-au dovedit şi mai importante pentru ideile lui Bowlby despre relaţiile de ataşament decât s-ar fi gândit oricare dintre ei în acel moment. Mai târziu, maimuţele din studiul iniţial al lui Harlow au suferit efecte durabile provocate de experimentul separării. Oricât de intens se ataşaseră puii de surogatele inanimate de pluş, ele nu puteau evident înlocui adevărata relaţie mamă-copil: pentru tot restul vieţii au avut probleme de relaţionare cu alte maimuţe şi au prezentat comportamente sociale şi sexuale anormale.

Erau părinţi abuzivi, chiar ucigaşi. Confruntaţi cu lucruri noi sau stresante, deveneau mult mai anxioşi, inhibaţi şi agitaţi – exact cum observase Bowlby în studiile sale asupra oamenilor care trecuseră prin separări sau avuseseră relaţii dificile cu propria mamă. Toate astea constituiau o confirmare a efectelor care bântuie mult timp indivizii după primele experienţe de separare şi ataşament?

În următoarele decenii, sute de alte experimente pe animale au susţinut aceste descoperiri. Robert Hinde, etolog la Universitatea Cambridge, a arătat că, atunci când puii de maimuţă sunt separaţi de mamă timp de doar câteva zile, cinci luni mai târziu sunt mai timizi decât maimuţele din grupul de control atunci când sunt plasaţi într-o situaţie nouă.27 într-un articol28 de mai

9 După cum se întâmplă de multe ori în istoria psihologiei, Harlow nu a putut să aplice în propria viaţă lucrurile pe care le-a aflat din cercetarea sa asupra relaţiilor dintre părinţi şi copii: a murit alcoolic şi deprimat, înstrăinat de copiii lui.26

târziu, Harry Harlow observa că anumite stiluri materne – cum ar fi „acceptarea aproape totală a puiului (nimic din ce face puiul nu e greşit)" şi supravegherea îndeaproape a „primelor îndepărtări de mamă" – prezic o maimuţă adultă bine adaptată. Studii recente asupra maimuţelor rhesus au descoperit că „iniţierea contactului ventral" 29 (sau a îmbrăţişării în limbaj obişnuit) reduce nivelul de activare a sistemului nervos simpatic; era mai puţin probabil ca maimuţele care primiseră mai puţine îmbrăţişări din partea mamei să exploreze mediul – şi exista în cazul lor o probabilitate mai mare de a manifesta comportamente anxioase sau depresive la vârsta adultă. Cu alte cuvinte, dacă mamele îşi răsfăţau şi îşi protejau puii, aceştia creşteau sănătoşi şi fericiţi – exact ce a remarcat Mary Ainsworth în observaţiile ei meticuloase şi pe termen lung asupra interacţiunilor dintre mame şi copii.

Când eşti tentată să-ţi mângâi copilul, nu uita că

iubirea mamei este un instrument periculos.

— John Watson, *Psychological care of Infant and Child* (*îngrijirea psihologică a sugarului şi copilului*) (1928)

Experimentele lui Harlow, Hinde şi ale contemporanilor lor au fost destul de crude; separările pe care le-au forţat au fost severe şi situaţiile pe care le-au construit nu erau echivalente cu situaţii din viaţa reală. Dar în 1984, un grup de cercetători de la Universitatea Columbia a creat un mod de a aproxima mai bine tipurile de comportamente de separare şi de ataşament care există în mediul natural.

Ideea din spatele paradigmei necesităţii variabile de procurare a hranei (*variableforaging demand* – VFD), cum o numesc cercetătorii, este că modificarea volumului de resurse la care mama are acces va determina schimbări ale modului în care interacţionează cu puii.30 (Primatologii ştiau deja asta din numeroase observaţii făcute în habitatul natural.) în ceea ce a ajuns cunoscut ca experimente VFD, cercetătorii manipulează gradul de dificultate de a obţine hrană de către maimuţele rhesus: în perioadele de necesitate redusă de procurare a hranei, mâncarea se găseşte la discreţie în ambalaje lăsate peste tot în ţarcul primatelor; în perioadele de necesitate ridicată de procurare a hranei mâncarea este mai greu de obţinut, fiind îngropată sub aşchii de lemn sau ascunsă în rumeguş. Într-un experiment VFD standard, o perioadă de două săptămâni în care hrana se găseşte uşor este urmată de o perioadă de două săptămâni în care se găseşte cu greu.

Deloc surprinzător, mamele sunt mai stresate şi mai puţin disponibile să-şi îngrijească puii în perioadele de necesitate ridicată de procurare a hranei decât în perioadele de necesitate redusă. Macacii bonnet ale căror mame trec prin perioade prelungite de necesitate ridicată de procurare a hranei au, în medie, mai multe probleme sociale şi fizice în timpul dezvoltării. Dar episoadele de

necesitate *variabilă* de procurare a hranei se dovedesc a fi şi mai stresante decât perioadele prelungite de necesitate ridicată de procurare a hranei – adică mamele sunt mai stresate când hrana este disponibilă în mod imprevizibil decât când este greu de găsit în mod constant.

Jeremy Coplan, directorul Departamentului de neuropsihofarmacologie de la Universitatea de Stat de la New York Downstate Medical Center, a realizat experimente VFD timp de cincisprezece ani. El spune că aceste experimente par să inducă o „separare afectivă funcţională" între mamă şi pui. Mama stresată devine „indisponibilă psihologic" pentru puiul ei în acelaşi mod în care o femeie stresată (ca Amalia Freud) poate fi distrasă şi neatentă la copiii ei.

Modificările de comportament pot părea imperceptibile – mamele stresate continuă să reacţioneze la pui, doar că tind să o facă mai lent şi mai puţin eficient decât mamele nestresate –, însă efectele pot fi puternice. Într-o serie de experimente, Coplan şi colegii săi au descoperit că puii mamelor VFD aveau niveluri mai mari de hormoni de stres în fluxul sangvin decât puii mamelor non – VFD – un indicator al faptului că anxietatea mamei i-a fost transmisă puiului. Descoperirea semnificativă a fost durata corelaţiei dintre anxietatea mamei şi nivelul de hormoni de stres al puiului: când Coplan a examinat puii VFD la zece ani după primul experiment, nivelul lor de hormoni de stres încă era mai mare decât al celor din grupul de control. Când li s-au injectat substanţe chimice care induc anxietatea, reacţia lor a fost hiperactivă în comparaţie cu a altor maimuţe. Evident, aceste maimuţe VFD deveniseră mai anxioase în mod constant: erau mai puţin sociabile, aveau o tendinţă mai mare de a se retrage şi era mai probabil să manifeste comportamente de subordonare; prezentau de asemenea un nivel ridicat de activitate a sistemului nervos autonom şi un răspuns imunitar compromis. Avem aici o dovadă fiziologică puternică a ceea ce Bowlby susţinea cu jumătate de secol

în urmă: primele experienţe de creştere a copilului – nu doar cele evident traumatizante, ci şi cele subtile – au efecte psihologice şi fizice asupra stării de sănătate a copilului care se menţin la vârsta adultă. Echipa lui Coplan a tras concluzia că până şi perturbările de durată scurtă ale relaţiei mamă-copil pot afecta dezvoltarea sistemelor neuronale „esenţiale pentru manifestarea tulburărilor anxioase de la vârsta adultă” 1.

!) Cercetările asupra rozătoarelor au descoperit acelaşi lucru: felul în care mama-şobolan îşi răsfaţă puii are un efect important asupra toleranţei puilor la stres în timpul vieţii lor – cu cât un pui e mai atent îngrijit, cu atât va fi mai rezistent la stres când ajunge adult.31 Şobolanii care primesc mai multă îngrijire maternă prezintă o activitate redusă a sistemului nervos autonom – un nivel scăzut de activitate pe axa hipotalamus-hipofiză-suprarenală – şi, concomitent, un nivel ridicat de toleranţă a stresului. Aceşti şobolani bine îngrijiţi au ceea ce cercetătorii numesc un „buton mai bun de oprire” a reacţiei la stres; ei prezintă, după doar patru zile de îngrijire maternă în plus, o activitate redusă a amigdalei. Prin opoziţie, şobolanii care primesc puţine îngrijiri materne manifestă un răspuns exagerat la stres.

Aceste efecte pot fi adaptative chiar dacă pot părea negative. Şobolanii care când erau pui au primit un nivel scăzut de îngrijire sunt mai temători şi învaţă mai rapid să evite mediile înfricoşătoare – o adaptare utilă într-un mediu aspru sau periculos. De fapt, în stare naturală, acest mediu periculos va fi constituit cauza nivelului redus de îngrijire, mamele fiind preocupate de procurarea hranei sau evitarea ameninţărilor din exterior, şi nu de răsfaţarea puilor. Şobolanii care au primit un nivel înalt de afecţiune maternă sunt mai puţin temători, sunt mai aventuroşi, învaţă mai lent să evite ameninţările – adaptări utile într-un mediu stabil, însă vulnerabilităţi într-un mediu periculos.

Versiuni diferite ale acestui experiment, repetate de

multe ori în ultimii douăzeci de ani, au dus constant la descoperiri similare: perioadele scurte de stres în timpul copilăriei, şi chiar tensiunile moderate în relaţia mamă-pui, pot avea consecinţe durabile asupra neurochimiei primatelor? 32 Există chiar şi unele dovezi că *nepoţii* mamelor VFD au încă de la naştere niveluri ridicate de cortizol, efectul acelor prime săptămâni de stres moderat fiind transmis de la o generaţie la alta.33

Cercetătorii au descoperit dovezi asemănătoare la descendenţii victimelor traumei: copiii şi chiar nepoţii supravieţuitorilor Holocaustului prezintă dovezi psihofiziologice de stres şi activare anxioasă mai intensă – cum ar fi niveluri ridicate ale diferiţilor hormoni de stres – decât fiii şi nepoţii persoanelor de aceeaşi etnie care nu au fost expuse Holocaustului.34 Când acestor copii li se arată imagini stresante care nu trimit în mod direct la Holocaust – de exemplu scene de violenţă din Somalia –, ei prezintă reacţii comportamentale şi fiziologice mult mai intense decât alţi copii. După cum mi-a spus John Livingstone, psihiatru specializat în tratarea victimelor traumei, „E ca şi cum experienţele traumatice se întipăresc în ţesuturile corpului şi se transmit următoarei generaţii”.

Până acum, nenumărate studii susţin ideea că volumul şi calitatea afecţiunii materne faţă de copii are un efect puternic asupra nivelului de anxietate pe care copiii îl vor resimţi mai târziu în viaţă. Un studiu35 recent publicat în *Journal of Epidemiologe and Community Health* a urmărit începând din anii ’60 un număr de 462 de copii din Providence, Rhode Island, de la naştere până la

O Cercetarea din neuroştiinţe a început să găsească dovezi convingătoare ale unor mecanisme specifice prin care stresul din copilăria timpurie generează psihopatologia de mai târziu. În esenţă, nivelurile ridicate de hormoni de stres în copilărie corelează cu efecte negative asupra sistemului serotoninergic şi dopaminergic, puternic implicate în anxietatea clinică şi în depresie. Studiile neuroimagistice arată de asemenea că stresul

prelungit în copilărie tinde să aibă ceea ce oamenii de ştiinţă numesc consecinţe neuropatologice: de exemplu, hipocampusul, regiunea cerebrală esenţială pentru formarea de noi amintiri, se micşorează.

30 – 40 de ani. Când subiecţii studiului erau sugari, cercetătorii au observat interacţiunile lor cu mama şi au evaluat nivelul de afecţiune al mamei pe o scară care varia de la „negativ" la „excesiv". (Majoritatea mamelor – 85% dintre ele – au fost evaluate ca fiind „calde" sau normale.) Când psihologii au intervievat subiecţii 34 de ani mai târziu, cei ale căror mame avuseseră pentru ei o afecţiune „excesivă" sau „mângâietoare" (penultimul nivel ca intensitate) prezentau un risc mult mai mic decât ceilalţi de a fi anxioşi sau de a avea simptome psihosomatice.

Asta pare să sugereze că John Bowlby avea dreptate – dacă vrei să creşti un copil bine adaptat, neanxios, cea mai bună abordare *nu* este cea recomandată de protobehavioristul John Watson, care a spus o dată „Când eşti tentată să-ţi mângâi copilul, nu uita că iubirea mamei este un instrument periculos". În celebra sa carte din 1928 despre creşterea copiilor, Watson avertiza că afecţiunea mamei poate avea un efect periculos asupra caracterului în dezvoltare al copilului. „Niciodată să nu-i îmbrăţişaţi şi să nu-i sărutaţi, niciodată să nu-i lăsaţi să stea în poala voastră", scria el. „Dacă trebuie, sărutaţi-i o dată pe frunte înainte să spună noapte bună. Daţi mâna cu ei dimineaţa. Mângâiaţi-i o dată pe cap dacă au realizat ceva extraordinar sau au îndeplinit o sarcină dificilă". Cu alte cuvinte, trataţi copiii „ca şi cum ar fi mici adulţi". Bowlby, care el însuşi fusese tratat aşa când era mic, credea mai mult sau mai puţin opusul: dacă vrei să construieşti o bază sigură pentru copil şi să creezi o rezistenţă împotriva anxietăţii şi depresiei, fă risipă de iubire şi afecţiune.

Până în 1973, când a publicat clasica *Separation*: *Anxiety and Anger*, Bowlby era convins că aproape toate formele de anxietate clinică la adulţi1 îşi au originea în experienţele dificile din prima copilărie cu figura primară

de ataşament – aproape întotdeauna mama. Cercetările recente continuă să adauge dovezi la volumul semnificativ de probe de până acum care susţin această idee. În 2006.

*) Cu excepţia fobiilor specifice de animale despre care Bowlby, la fel ca Freud, considera că provin din adaptări evoluţioniste care au luat-o razna. rezultate noi ale studiului longitudinal Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (Studiul Minnesota asupra riscurilor şi adaptării de la naştere până la vârsta adultă), care a durat 40 de ani, susţin că sugarii cu ataşament nesecurizant prezintă un risc semnificativ mai mare decât copiii cu ataşament securizant sau evitant de a dezvolta tulburări anxioase în adolescenţă. Ataşamentul nesecurizant în perioada de sugar duce la frica de abandon mai târziu în timpul copilăriei şi la vârsta adultă şi generează strategia de *coping* bazată de „vigilenţă cronică” 36 – sugarii care scanează anxioşi mediul pentru a monitoriza prezenţa mamei disponibile într-un mod haotic tind să devină adulţi care scanează anxioşi mediul pentru posibile ameninţări.

Teoria ataşamentului a lui Bowlby are o simplitate elegantă şi o bază evoluţionistă plauzibilă, uşor de înţeles. Dacă părinţii tăi ţi-au oferit o bază sigură când erai mic şi dacă ai reuşit să o interiorizezi, atunci cel mai probabil o să treci prin viaţă cu un sentiment de siguranţă psihologică. Dacă părinţii nu au putut să-ţi ofere asta sau dacă ţi-au oferit, dar a fost afectată de traumă sau separare, atunci e mai probabil să înduri o viaţă de anxietate şi nemulţumire.

Îţi strică viaţa maică-ta şi taică-tu.

Poate fără să vrea, dar asta fac.

— Din Philip Larkin, „This Be the Verse” Q, Fie versul”) (1971)

Am dat recent de un jurnal pe care l-am ţinut o scurtă perioadă în vara anului 1981, când aveam 11 ani. Cu câteva luni înainte începusem să mă duc la psihiatrul de copii care mă va trata timp de 25 de ani, dr. L., care

avea o pregătire freudiană. La recomandarea lui, am început să folosesc jurnalul pentru a asocia liber, căutând rădăcina problemelor mele afective. Trebuie să spun că a fost întrucâtva descurajant pentru sinele meu de la vârsta de mijloc să descopere sinele meu de la 11 ani deja atât de anxios şi absorbit de sine, întrebându-se în paginile jurnalului care dintre surse purta responsabilitatea anxietăţii şi nemulţumirii mele neîncetate: din cauza consilierului tiranic al taberei care, când aveam şase ani, a ţipat la mine şi m-a trimis – singurul dintre copiii de la tribul sachem din Tabăra Belmont – la piscina pentru copii fiindcă tremuram şi plângeam şi mi-era frică să intru singur în piscina mare? Sau din cauza vecinei care, când aveam patru ani, mi-a dat o palmă peste faţă dinaintea tuturor colegilor de grădiniţă când am izbucnit într-un plâns isteric la petrecerea de ziua fiului ei, Gilbert, pentru că mi-era frică şi voiam la mama?

Evident, narcisismul meu şi căutarea cunoaşterii de sine se repetă la nesfârşit: la 43 de ani sap în trecut căutând rădăcinile anxietăţii mele şi mă descopăr pe mine, la 11 ani, săpând în trecut căutând rădăcinile anxietăţii mele.

Ne întorseserăm dintr-o vacanţă cu familia, şi o mare parte din jurnal este o enumerare a fricilor şi nedreptăţilor percepute pe care le-am îndurat în călătorie.

1. În avion, frică de rău de mişcare.

2. În prima noapte, dor de casă, nu am putut să dorm.

3. Nu mi-a plăcut mâncarea.

4. La restaurant: mami s-a supărat şi nu a vorbit cu mine pentru că m-am plâns şi am spus că vreau să mergem acasă.

5. Frică de lipsa de igienă.

6. Teama că aerul rarefiat de la munte îmi va face rău.

7. Taţi m-a obligat să mănânc. Se supără când mănânc şi nu mă lasă să mănânc când mă plâng…

8. Tata nu mă ascultă şi mă loveşte când pun întrebări insistent.

9. Am fost foarte speriat şi supărat când am văzut pe covorul de la parter ceva ce ar fi putut să fie vomă. M-am simţit groaznic şi mi-a fost frică.

10. În avion, când ne întorceam, cineva a vomitat. Am fost îngrozit. M-am simţit trist, deprimat şi speriat.

Jurnalul călătoriei se încheie astfel: „Nu vreau decât să mă fac mic şi să fiu îmbrăţişat şi să fiu iubit de mami şi tati, dar ei nu au înţelegere pentru frica mea”.

Nu demult, i-am trimis mamei o copie a jurnalului şi am sunat-o să o întreb dacă ea crede că manifestase mai multă sau mai puţină afecţiune pentru mine şi sora mea decât ceilalţi părinţi faţă de copiii lor.

— Cam la fel, a zis ea.

Apoi s-a gândit o clipă.

— De fapt, a spus, am fost intenţionat reţinută cu afecţiunea. Şocat, am întrebat-o de ce.

— Credeam că era pentru binele tău, a spus ea şi mi-a explicat.

Mama ei, bunica mea Elaine Hanford, manifestase multă afecţiune pentru mama mea şi sora ei şi întotdeauna fusese prezentă pentru ele, fizic şi în alte moduri. Elaine şi-a construit viaţa în jurul satisfacerii nevoilor fiicelor ei. În fiecare zi, când mama venea de la şcoală să ia prânzul, Elaine era acolo să-i facă de mâncare. Mama se simţea iubită şi îngrijită – şi răsfăţată. Aşa că, atunci când a ajuns adult tânăr şi a început să aibă atacuri de panică şi agorafobie şi emetofobie şi alte fobii, s-a întrebat dacă nu cumva anxietatea ei era atât de intensă pentru că se simţise *prea* iubită şi în siguranţă sub îngrijirea abundentă a mamei ei. Aşa că, în încercarea de a ne apăra pe mine şi pe sora mea de anxietatea pe care ea a îndurat-o, a refuzat să exprime iubirea necondiţionată de care avusese ea parte.

John Watson ar fi fost de acord.

Dar, deşi mama ne-a refuzat afecţiunea, nu ne-a

refuzat hiperprotecţia. Hiperprotecţia şi reţinerea afecţiunii pot fi o combinaţie urâtă. Asta te poate face să te simţi nu numai neiubit (pentru că nu primeşti afecţiune), ci şi incompetent şi neajutorat (pentru că altcineva face totul pentru tine presupunând că nu eşti în stare să faci singur).

Mama m-a îmbrăcat până când am împlinit nouă sau zece ani; după aceea mi-a ales hainele pentru a doua zi până la 15 ani. Mi-a pregătit baia până am ajuns la liceu. În şcoala primară, mulţi dintre prietenii mei mergeau cu mijloacele de transport în comun în centrul Bostonului ca să stea împreună, în vacanţe rămâneau singuri acasă cât timp părinţii erau la slujbă şi se uitau în magazine după

(şi cumpărau şi se dădeau cu) motociclete. Chiar dacă aş fi avut intenţia să iau metroul sau să mă dau cu motocicleta – şi, crede-mă, nu o aveam nu mi s-ar fi permis: nu-mi era îngăduit să merg mai departe de câteva străzi de cartierul nostru din suburbie, pentru că erau străzi pe care mama le considera prea aglomerate ca să le traversez şi cartiere prea periculoase ca să trec pe-acolo. (Asta într-o suburbie liniştită, unde locuiau oameni care făceau naveta şi unde o crimă violentă se întâmpla o dată la zece ani.) Ori de câte ori eu şi sora mea eram acasă când părinţii noştri se aflau la slujbă stăteam în compania unei bone. La începutul adolescenţei, asta ajunsese puţin ciudat – după cum mi-am dat seama într-o zi când eu şi bona am descoperit, spre neplăcerea amândurora, că aveam aceeaşi vârstă (13 ani).

Mama a făcut toate astea dintr-o îngrijorare autentică. Iar eu mă bucuram de excesul de grijă: mă ţinea înfăşurat într-o dependenţă confortabilă. Oricât de stânjenitor ar fi fost să mi se spună în faţa prietenilor mei că nu puteam să mă duc cu ei în centru decât dacă mama venea cu noi, nu doream să renunţ la îmbrăţişarea ei protectoare. Diada mamă-copil presupune comportamentul ambilor – eu îmi doream hiperprotecţie; ea o oferea. Dar relaţia noastră m-a privat de autonomie şi de sentimentul autoeficacităţii, aşa că eram un elev dependent şi care se

agăţa de mamă şi am ajuns – după cum poate confirma soţia mea, care a suferit îndelung – un adult dependent şi anxios.

„Este mai probabil ca adulţii cu agorafobie să-şi evalueze părinţii ca oferind puţină afecţiune şi fiind foarte protectori”. 37 (Asta e dintr-un articol din 2008, „Attachment and Psychopathology în Adulthood” [„Ataşament şi psihopatologie la vârsta adultă”].) „Adulţii cu agorafobie raportează un nivel mai înalt de anxietate de separare în copilărie decât grupul de control”. 38 (Un studiu din 1985 publicat în *The American Journal of Psychiatnf*) „Este semnificativ mai probabil ca [sugarii cu ataşament nesecurizant] să fie diagnosticaţi cu tulburări anxioase decât sugarii cu ataşament securizant”. 39 (Un studiu din 1997 publicat în *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.) „Părinţii tăi – mama anxioasă, hiperprotectoare şi tatăl alcoolic, absent emoţionalsunt o combinaţie clasică provocatoare de anxietate”. (Asta e de la primul meu psihiatru, dr. L., pe care l-am căutat recent şi căruia i-am luat un interviu, după aproape 30 de ani de la prima consultaţie cu el.) Şi mai există şi dovezi neurobiologice pentru toate astea: „Adulţii care raportează relaţii foarte proaste cu părinţii lor prezintă un nivel semnificativ mai mare de secreţie de dopamină în striatumul ventral [regiunea subcorticală din creierul anterior] şi un nivel mai ridicat de cortizol salivar [un hormon de stres] în timpul unui eveniment stresant decât indivizii care raportează relaţii foarte bune cu părinţii. Un astfel de efect sugerează că îngrijirile timpurii pot influenţa în mod similar dezvoltarea sistemelor care determină reactivitatea la stres” 40. (Un studiu din 2006 publicat în *Psychological Science*.) în timp ce scriu asta am în birou o grămadă de articole de aproape un metru care confirmă aceste descoperiri şi altele asemănătoare. Ceea ce demonstrează că anxietatea mea este în mare o funcţie a relaţiei din copilărie cu mama.

Numai că, bineînţeles, nu demonstrează nicidecum

asta.

CAPITOLUL 9

Oameni care au tendinţa de a se îngrijora şi oameni care pornesc la luptă: genetica anxietăţii

Tipul şi afecţiunile minţii copiilor sunt transmise prin sămânţă.

— Hipocrate (secolul al IV-lea î.Hr.)

Aceeaşi temperatură ca a tatălui o va avea şi pul, şi boala de care suferea tatăl când l-a procreat o va avea şi el. Nu am, aşadar, niciun motiv să mă îndoiesc că melancolia este o tulburare ereditară.

— Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy* (1621)

Taţi, sunt neliniştită.

— Fiica mea la vârsta de opt ani

Aş putea să pun cu inima uşoară anxietatea mea pe seama comportamentului părinţilor mei – alcoolismul tatălui, hiperprotecţia mamei şi fobiile ei, căsătoria lor nefericită şi, în cele din urmă, divorţul – dacă, printre alte motive, nu ar fi acest fapt supărător: copiii mei, acum de nouă şi şase ani, au dezvoltat recent o anxietate asemănătoare cu a mea într-un grad tulburător.

Fiica mea, Maren, a avut dintotdeauna, ca mine, un temperament inhibat – este timidă şi retrasă în situaţiile nefamiliare, prezintă aversiune la risc în abordarea lumii şi reactivitate înaltă la stres şi orice tip de noutate. Mai uimitor este că în clasa I a dezvoltat o fobie obsesivă de vărsături. Când un coleg de clasă a vomitat la ora de matematică, ea nu a putut să-şi scoată imaginea din minte. „Nu pot să nu gândesc lucruri rele”, a spus ea şi mi-a frânt inima.

În ciuda zecilor de ani de terapie, a cunoaşterii anxietăţii câştigate cu greu prin eforturi personale şi de cercetare, în ciuda eforturilor mele şi ale soţiei mele de a ne inocula copiii împotriva anxietăţii, i-am transmis oare lui Maren tulburarea mea, aşa cum mama mi-a transmis-o mie?

Spre deosebire de mama, eu nu i-am dezvăluit

niciodată fiicei mele propria mea emetofobie înainte să o aibă ea însăşi. Am încercat să nu-mi trădez anxietatea în faţa lui Maren, ştiind că aş putea să i-o transmit astfel prin ceea ce psihologii numesc modelare comportamentală. Soţia mea nu este o persoană anxioasă; ea nu are tendinţele hiperprotectoare şi neliniştite care, manifestate atât de mulţi ani de mama ea, am crezut că ne-au redus pe mine şi pe sora mea la astfel de stări de dependenţă nevrotică. Şi eu, şi soţia mea ne iubim copiii şi îi îngrijim şi ne străduim să fim prezenţi afectiv pentru ei în moduri în care părinţii mei uneori nu au fost.

Sau aşa ne place să credem.

Şi totuşi fiica mea prezintă simptome foarte asemănătoare cu ale mele şi la aproape aceeaşi vârstă la care au apărut la mine. Cumva, în ciuda tuturor eforturilor noastre de a oferi profilaxie emoţională, se pare că Maren a moştenit temperamentul meu neliniştit – şi, ceea ce este remarcabil, *exact aceeaşi preocuparefobică*. Ceea ce, mai mult, se întâmplă să fie o preocupare pe care o are şi mama.

Este posibil, întreabă soţia mea, ca o fobie atât de idiosincrazică să fie transmisă ereditar?

Nu pare întemeiat. Şi totuşi avem aici dovada a trei generaţii din partea mamei cu aceeaşi fobie. Şi, în afară de cazul în care Maren a preluat indicii subtile sau inconştiente (ceea ce, recunosc, e posibil), nu se poate să fi „învăţat” fobia de la mine prin vreun fel de condiţionare comportamentală, aşa cum credeam că o învăţasem eu de la mama.

Deşi s-a observat încă de pe vremea lui Hipocrate că temperamentul este ereditar şi deşi domeniul modern al geneticii comportamentale dezvăluie cu o precizie din ce în ce mai mare – până la nivelul nucleotidelor individuale – relaţia dintre moleculele pe care le moştenim şi emoţiile la care suntem predispuşi, nimeni nu a identificat până acum o genă sau măcar o serie de gene pentru emetofobie. Şi, că veni vorba, nici nu a reuşit cineva să reducă anxietatea –

sau orice trăsătură comportamentală – la genetică pură. Însă în ultimii ani mii de studii au indicat diverse baze genetice pentru anxietatea clinică sub toate formele sale.

Unele dintre primele cercetări asupra geneticii anxietăţii au fost realizate pe gemeni. În studiile cele mai simple, cercetătorii au comparat rata tulburărilor de anxietate în cazul gemenilor identici şi dizigoţi. Dacă, să spunem, tulburarea de panică ar fi întru totul genetică, asta ar însemna că în cazul a doi gemeni identici – copii genetice – nu ai găsi niciodată tulburarea doar la unul. Dar nu aşa stau lucrurile. Dacă unul din gemeni are tulburarea, celălalt prezintă un risc mult mai mare decât o persoană selectată aleatoriu din populaţie de a avea aceeaşi tulburare, dar nu este *garantat* că o are. Asta sugerează că, deşi tulburarea de panică – la fel ca înălţimea sau culoarea ochilor – are o componentă genetică semnificativă, ea nu este exclusiv genetică.

În 2001, Kenneth Kendler, psihiatru la Virginia Commonwealth University, a comparat ratele de tulburări fobice la 1200 de perechi de gemeni identici şi dizigoţi şi a descoperit că genele sunt responsabile de aproximativ 30% din diferenţele individuale în privinţa vulnerabilităţii la tulburări anxioase.1 Tendinţa studiilor ulterioare a fost în mare de a confirma descoperirile lui Kendler. Metaanalizele2 de studii genetice ajung la concluzia că dacă nu ai rude apropiate cu tulburare anxioasă generalizată probabilitatea ca tu să o ai este mai mică de 1/25 – dar dacă ai o singură rudă apropiată cu această tulburare riscul ca tu să o ai creşte cu 1/5.

Stai, s-ar putea să obiectezi, asta nu demonstrează că există o bază genetică a anxietăţii. Nu se poate oare ca probabilitatea ridicată ca aceeaşi boală mintală să apară la membrii aceleiaşi familii să fie efectul faptului că împărtăşesc ceea ce cercetătorii numesc mediu patogen, predictiv pentru anxietate sau depresie? Dacă gemenii împărtăşesc un mediu traumatic, nu ar putea asta să-i facă pe amândoi să fie mai susceptibili la tulburări psihice?

Cu siguranţă. Deşi este posibil ca genele să predispună o persoană la schizofrenie sau alcoolism sau anxietate, aproape întotdeauna există o contribuţie a mediului în dezvoltarea tulburării. Totuşi, numărul studiilor asupra capacităţii de a transmite anxietatea ajunge la zeci de mii, iar principala concluzie a majorităţii este că susceptibilitatea ta la anxietate – deopotrivă ca tendinţă temperamentală şi tulburare clinică – este semnificativ determinată de genele tale.

Asta nu ar fi fost surprinzător pentru Hipocrate sau Robert Burton sau Charles Darwin sau în general pentru observatorii care precedă cu mult era geneticii moleculare. Dacă în arborele genealogic al unei familii există unul sau doi indivizi cu o tulburare de anxietate sau depresie, atunci e probabil să descoperi anxietate şi depresie în toată genealogia. Cercetătorii numesc acest fenomen „agregare familială cauzată de risc genetic”.

Înseamnă „agregarea familială” că fiica mea, ca mine şi ca mama, este predestinată biologic să fie anxioasă, şi că este poate determinată genetic să dezvolte o tulburare psihică? Numai din partea mamei există în familie, pe lângă mine şi mama şi fiica mea, fiul meu, Nathaniel, acum în vârstă de şase ani şi care are o anxietate de separare ce ameninţă să devină la fel de rea cum a fost a mea; sora mea, care se luptă cu anxietatea de la 12 ani şi care a încercat la fel de multe tratamente medicamentoase ca mine; o altă rudă de sânge care întreaga sa viaţă a fost afectată de anxietate şi depresie şi tulburări intestinale şi care a tot luat medicamente timp de zeci de ani; fratele său mai mare, diagnosticat cu depresie clinică la începutul anilor ’80, la vârsta de doar opt ani, şi care timp de un an a vomitat aproape zilnic înainte de şcoală din cauza anxietăţii; tatăl mamei mele, în vârstă de 92 de ani, care astăzi ia diferite medicamente anxiolitice şi antidepresive. Căutând mai departe în arborele genealogic, am descoperit că bunicul tatălui

9 în 2011, Giovanni Salum, psihiatru brazilian, a

publicat rezultatele unuia dintre cele mai ample studii realizate vreodată asupra capacităţii de a transmite tulburările anxioase.3 Pe baza informaţiilor acumulate despre zeci de mii de oameni, Salum a descoperit că un copil care nu are nicio rudă cu o tulburare anxioasă prezintă un risc de 1/10 de a fi el însuşi anxios. Dacă acelaşi copil are o rudă cu o tulburare anxioasă, riscul ca el să dezvolte o tulburare anxioasă creşte la 3/10. Iar dacă majoritatea membrilor familiei lui prezintă o tulburare de anxietate, riscul copilului ajunge la 8/10. mamei mele era dureros de rezervat şi ura să aibă de-a face cu oamenii, renunţând la facultatea din cadrul Universităţii Cornell pentru a începe o „viaţă liniştită” cultivând o livadă („L-a salvat viaţa în aer liber”, va spune mai târziu nora lui), şi mătuşa bunicului meu a suferit de anxietate severă, depresie şi bine-cunoscute tulburări intestinale.

Şi mai e şi tatăl bunicului meu Chester Hanford, ale cărui anxietate şi depresie au fost îndeajuns de severe încât să trebuiască să fie internat de mai multe ori, ceea ce la făcut frecvent neputincios în ultimii săi treizeci de ani de viaţă.

Presupun că majoritatea, însă nu toate dintre numeroasele tipuri de temperamente umane sunt efectul factorilor genetici care contribuie la alcătuirea profilului moleculelor şi densitatea receptorilor care influenţează funcţionarea cerebrală.

— Jérôme Kagan, *What Is Emotion* (*Ce este emoţia*?) (2007)

Se întâmplă frecvent ca isteria mamei să provoace isteria fiului.

— Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, volume *3* (*Prelegeri despre bolile sistemului nervos*, volumul 3) (1885)

Jérôme Kagan, psiholog de la Harvard specializat în psihologia dezvoltării, a petrecut şaizeci de ani studiind efectele eredităţii asupra personalităţii oamenilor. Prin studii longitudinale care au durat zeci de ani, a descoperit

în mod consecvent că aproximativ 10 – 20% dintre sugari sunt, de la vârsta de câteva săptămâni, demonstrabil mai timizi decât alţii. Aceşti nou-născuţi sunt mai agitaţi, au un somn mai puţin odihnitor şi au un ritm cardiac mai rapid, un nivel mai ridicat de tensiune musculară şi niveluri mai înalte de cortizol în fluxul sangvin şi de noradrenalină în urină. Manifestă reflexe de tresărire mai rapide (ceea ce înseamnă că la un zgomot neaşteptat reacţia lor este cu câteva nanosecunde mai rapidă şi prezintă o mai mare dilatare a pupilelor.) La scanările RMNF, circuitele fricii din creierul lor – adică amigdala şi cortexul cingular anterior – prezintă o activitate neuronală mai intensă decât nivelul normal. De-a lungul întregii vieţi, aceste niveluri fiziologice rămân în mod constant mai ridicate în cazul acestor copii. Indiferent dacă sunt testaţi la şase săptămâni, la şapte ani, la 14 ani, la 21 de ani sau mai târziu, ei prezintă în continuare un ritm cardiac mai rapid, reflexe de tresărire mai rapide şi un nivel mai mare de hormoni de stres decât ceilalţi, care sunt mai puţin reactivi.

Kagan a numit inhibat temperamentul acestor copii cu o fiziologie intens reactivă. „Considerăm că majoritatea copiilor la care ne referim ca «inhibaţi» aparţin unei categorii distincte calitativ de persoane care s-au născut cu un prag mai scăzut de activare provocată de schimbări neaşteptate din mediu sau de evenimente noi” 4, spune Kagan. „Pentru aceşti copii, reacţia la nou, caracteristică tuturor copiilor, este exagerată”.

Acum câţiva ani, Kagan şi colegii săi au scanat creierul unui grup de persoane de 21 de ani pe care le studiaseră timp de 19 ani.5 în 1984, Kagan a observat pentru prima dată aceşti subiecţi când aveau doi ani, i-a descris pe 13 dintre ei ca inhibaţi, iar pe ceilalţi nouă ca neinhibaţi. 20 de ani mai târziu, când Kagan le-a arătat tuturor celor 22 de subiecţi, acum adulţi tineri, fotografii cu persoane necunoscute, cei 13 identificaţi ca inhibaţi au prezentat o reacţie semnificativ mai intensă la nivelul

amigdalei decât cei nouă consideraţi neinhibaţi. Kagan consideră că genele determină reactivitatea amigdalei – şi ştim din alte cercetări că, la rândul său, reactivitatea amigdalei determină modul în care un individ va reacţiona la stres.

Este mai probabil ca sugarii sau copiii mici identificaţi ca fiind inhibaţi să devină adolescenţi timizi, neliniştiţi – şi apoi adulţi timizi, neliniştiţi – decât ceilalţi copii. Au o probabilitate mult mai mare de a dezvolta anxietate clinică sau depresie în adolescenţă sau la vârsta adultă decât ceilalţi, care sunt mai puţin reactivi. Chiar şi acei copii foarte reactivi care nu vor fi diagnosticaţi la vârsta adultă cu tulburări anxioase tind să fie în medie mai neliniştiţi decât ceilalţi.

Considerând că temperamentul este înnăscut şi în mare parte determinat de la naştere, Kagan se încadrează în tradiţia intelectuală care datează încă de la Hipocrate care, în secolul al IV-lea î.Hr., susţinea că personalitatea şi sănătatea mintală sunt derivate din echilibrul relativ al celor patru umori corporale: sânge, flegmă, bilă neagră şi bilă galbenă. Conform lui Hipocrate, aşa cum am spus în capitolul I, echilibrul relativ al umorilor unei persoane explică temperamentul acesteia: cineva cu o cantitate relativ mai mare de sânge are un temperament vioi sau „sangvin” şi poate fi predispus la izbucniri temperamentale explozive; altcineva cu o cantitate relativ mai mare de bilă neagră poate avea un temperament melancolic. Teoria lui Hipocrate a echilibrului umoral anticipează direct, cel puţin metaforic, ipoteza serotoninergică a depresiei şi alte teorii moderne ale relaţiei dintre dezechilibrele chimice din creier şi sănătatea mintală. De exemplu, Hipocrate atribuia ceea ce la mijlocul secolului XX se numeşte depresie nevrotică – şi ceea ce astăzi am numi tulburare anxioasă generalizată (codul din DSM – este 300.02) – unui exces de bilă neagră (*melaina chole*). Aşa cum a fost descrisă de Hipocrate, această afecţiune era caracterizată de simptome fizice („dureri abdominale, respiraţie dificilă,

[…] râgâieli frecvente”), precum şi de simptome afective („anxietate, nelinişte, groază, […] frică, tristeţe, agitaţie”, adesea însoţite şi de obicei provocate de „meditaţii şi griji de tip exagerat”).

Se poate ca Hipocrate să fi folosit o metaforă explicativă greşită, dar ştiinţa modernă demonstrează că în fond a avut dreptate în privinţa caracterului stabil al temperamentului şi al bazei biologice a acestuia. Kagan, care acum are peste 80 de ani, nu s-a retras definitiv şi patru studii longitudinale importante începute de el sau de protejatul său, Nathan Fox, de la Universitatea din Maryland, sunt în curs de desfăşurare. Toate patru ajung la concluzii care confirmă teoria pe care Kagan o susţine de mult timp, conform căreia temperamentul anxios constituie un fenomen înnăscut, determinat genetic şi care caracterizează un procent relativ stabil al populaţiei.1 Studiile lui au descoperit în mod repetat că cei 15 – 20% dintre sugarii care reacţionează intens la străini sau la situaţii noi prezintă o probabilitate mult mai mare de a dezvolta tulburări de anxietate decât ceilalţi, mai puţin reactivi din punct de vedere fiziologic. Dacă te-ai născut inhibat şi cu o reactivitate intensă, ai tendinţa să rămâi foarte reactiv şi inhibat. În deceniile cât au durat studiile longitudinale, Kagan a văzut de puţine ori o persoană trecând de la o categorie temperamentală la alta.

Toate astea par să complice, dacă nu să submineze, ceea ce am spus despre teoria ataşamentului în capitolul anterior. Într-adevăr, Kagan consideră că John Bowlby, Mary Ainsworth şi colegii lor se înşelau în cea mai mare parte în privinţa modului în care anxietatea se transmite de la o generaţie la alta. Din perspectiva lui Kagan, stilul de ataşament nesecurizant nu este în sine responsabil pentru un copil anxios, ci – şi aici suprasimplific puţin – *genele* o fac pe mamă să aibă un temperament anxios; acest temperament, la rândul său, o face să manifeste un tipar de ataşament pe care psihologii îl consideră nesecurizant. Mama transmite apoi copiilor această

anxietate – nu în primul rând prin stilul de *parenting* (deşi, cu siguranţă, asta poate face ca transmiterea să fie şi mai eficientă), cum spun Bowlby şi Ainswroth, ci prin transmiterea genelor anxietăţii. Ceea ce, dacă este adevărat, ar face mult mai dificil faptul de a opri transmiterea anxietăţii de la o generaţie la alta prin modificarea comportamentului părinţilor – şi ar putea explica de ce, în ciuda tuturor eforturilor noastre, eu şi soţia mea nu am reuşit să ne ferim copiii de semnele incipiente ale tulburărilor de anxietate.

John Bowlby a citat studii pe animale pentru a-şi susţine teoria ataşamentului. Dar şi Jérôme Kagan poate cita studii pe animale pentru a-l combate pe Bowlby şi pentru a-şi susţine propria teorie a temperamentului. În anii ’60, cercetătorii de la Spitalul Maudsley din Londra au crescut ceea ce a ajuns cunoscut ca rasa î) Ceea ce corespunde studiilor care au descoperit că un procent relativ stabil de soldaţi sunt predispuşi la căderi nervoase când sunt expuşi la stresul de luptă.

Maudsley de şobolani reactivi, care reacţionează la stres prin comportamente intens anxioase. Aceste experimente de reproducere au fost realizate fără beneficiile oferite de genomică modernă. Cercetătorii pur şi simplu au observat comportamentul şobolanilor, au notat care erau cei „reactivi afectiv” (în principal prin metoda măsurării ratei de defecare când erau plasaţi în spaţii deschise) şi i-au lăsat să se împerecheze, reuşind astfel să creeze această rasă foarte anxioasă. (Prin aceeaşi tehnică de reproducere selectivă au creat şi o rasă de şobolani nereactivi, care reacţionează *mai puţin* temător decât media la spaţii deschise şi alţi factori stresanţi.) Asta pare să demonstreze existenţa unei componente ereditare semnificative a anxietăţii la populaţiile de şobolani.

Tehnicile experimentale moderne au depăşit reproducerea selectivă. Oamenii de ştiinţă sunt acum capabili să activeze sau să inactiveze pe cale chimică anumite gene ale şoarecilor, ceea ce le permite

cercetătorilor să observe modul în care genele influenţează comportamentul. Dezactivând anumite gene, cercetătorii au creat şoareci care, de exemplu, nu mai resimt anxietate şi care de fapt nu pot să recunoască pericole reale pentru că amigdala lor nu mai funcţionează. Cu sute de studii de acest tip publicate în fiecare an, cercetătorii au identificat până în prezent cel puţin 17 gene care par să influenţeze diverse părţi ale neurocircuitului fricii în şoareci.

De exemplu, Eric Kandel, specialist în neuroştiinţe de la Universitatea Columbia şi câştigător al Premiului Nobel, a descoperit o genă (cunoscută ca *Grp*) care pare să codeze capacitatea şoarecelui de a dobândi noi fobii prin condiţionarea fricii şi o altă genă (cunoscută ca stathmin) care reglează nivelurile înnăscute de anxietate fiziologică. Şoarecii a căror genă *Grp* a fost dezactivată nu pot învăţa să asocieze un ton neutru cu un şoc electric în acelaşi mod în care o pot face şoarecii normali.6 Şoarecii a căror genă stathmin a fost dezactivată devin neînfricaţi: în loc să se ascundă instinctiv într-o margine a spaţiilor mari, aşa cum fac şoarecii normali, se aventurează cutezători în zone expuse.7

Evoluţia a conservat numeroase gene, aşa că oamenii şi rozătoarele au multe gene comune. De exemplu *RGS2*, o genă care şi la şoareci, şi la oameni pare să regleze expresia unei proteine care modulează receptorii de serotonină şi noradrenalină din creier. După ce s-a observat că şoarecii care nu au gena *RGS2* prezintă un comportament semnificativ mai anxios şi „tonalitate simpatetică elevată" (ceea ce înseamnă că corpul lor este în mod constant uşor activat pe modul luptă-sau-fugă), o serie de studii pe oameni realizate de Jordan Smoller şi echipa lui de la Harvard Medical School au descoperit o relaţie între anumite variaţii ale genei *RGS2* şi timiditatea oamenilor. Într-un studiu8 pe copii care proveneau din 119 familii, în cazul celor care prezentau caracteristici ale unui temperament „inhibat comportamental" exista tendinţa de

a avea aceeaşi variantă a genei *RGS2*. Un alt studiu9 pe 744 de studenţi a descoperit că aceia cu varianta „timidă” a genei aveau o probabilitate mai mare de a se autodescrie ca introvertiţi. Un al treilea studiu10 a dezvăluit modul în care gena îşi exercită efectul asupra creierului: a fost scanat creierul a 55 de adulţi tineri cărora li se arătau feţe umane cu expresii furioase sau speriate şi s-a descoperit că era mai probabil ca aceia cu varianta relevantă a *RGS2* să prezinte o „activare neuronală” mai intensă la nivelul amigdalei şi insulei, regiune a cortexului asociată nu numai cu manifestările de frică determinate de sistemul limbic, ci şi cu „conştiinţa interoceptivă”, conştientizarea explicită a funcţionării organice interne care poate provoca „sensibilitatea la anxietate”. Un al patrulea studiu1 1 pe 607 oameni care au trecut prin perioada de uragane puternice din Florida din 2004 a descoperit că aceia cu varianta relevantă a genei *RGS2* aveau o probabilitate mai mare de a dezvolta o tulburare de anxietate în urma acelei perioade.

Niciunul dintre aceste studii nu a demonstrat că simplul fapt de a avea o anumită variantă a genei *RGS2 cauzează* o tulburare de anxietate. Dar indică faptul că gena *RGS2* influenţează funcţionarea sistemelor fricii din insulă şi amigdală – şi că indivizii cu varianta „timidă” a genei prezintă o probabilitate mai mare de a avea o amigdală hiperactivă şi niveluri mai ridicate de activare a sistemului nervos autonom în situaţii sociale, fiind aşadar timizi sau introvertiţi. (Timiditatea şi introversiunea constituie amândouă factori care predispun la tulburări de anxietate.)

Lauren McGrath, cercetător la Departamentul de Psihiatrie şi Neurodez volt are din cadrul Spitalului General Massachusetts, a studiat timp de aproape 20 de ani 134 de persoane începând încă de când s-au născut.12 Când bebeluşii aveau patru luni, echipa lui McGrath i-a împărţit în grupuri de oameni (în termenii lui Kagan) „intens reactivi” şi „slab reactivi”. La patru luni, cei intens

reactivi plângeau şi se mişcau mai mult ca răspuns la mişcarea unui obiect decât cei slab reactivi; la 14 şi la 21 de luni, cei intens reactivi aveau în continuare tendinţa de a prezenta reacţii de frică la situaţiile noi. 18 ani mai târziu, echipa lui McGrath a căutat subiecţii studiului şi a analizat structura şi reactivitatea amigdalei lor. Desigur, cei care la patru luni fuseseră identificaţi ca fiind intens reactivi aveau la 18 ani o amigdală hiperactivă, spre deosebire de cei slab reactivi – încă o dovadă că reacţia la nou determinată de amigdală este un predictor important al nivelului temperamental de anxietate. O altă idee ingenioasă a echipei lui McGrath a fost să folosească tehnici noi de codare genetică, descoperind astfel că nivelul ridicat de reactivitate a amigdalei la vârsta de 18 ani corela semnificativ cu o anumită variaţie a genei cunoscute ca *RTN4*. McGrath şi colegii ei au emis ipoteza că gena *RTN4* contribuie la determinarea nivelului de reactivitate al amigdalei, ceea ce determină dacă temperamentul va fi intens reactiv sau slab reactiv – ceea ce determină la rândul său vulnerabilitatea la anxietatea clinică.

Această supă-alfabet de studii genetice – sute, dacă nu mii se desfăşoară chiar în acest moment – poate părea fundamental reducţionistă. Cu câţiva ani în urmă am citit un articol din *New York Times* despre studii care au identificat o corelaţie între anumite variante a doua gene umane – *A VOR laşi SLC6A4* – şi „talentul pentru dans creativ” 113. Presupun că vestea bună este că, dacă asta schimbă modul în care percepem caracterul şi soarta, va schimba

*) Desigur, geneticienii recunosc că anxietatea sau talentul la dans trebuie să aibă mai multe cauze genetice (şi de mediu). Dar tendinţa de a reduce emoţiile la elementele neurochimice subiacente şi la genele care le determină poată părea inexorabilă.

poate şi modul în care percepem curajul şi laşitatea, ruşinea şi boala, stigmatul şi boala mintală. Dacă

anxietatea extremă este determinată de anomalii genetice, ar trebui să fie în mai mare măsură motiv de ruşine decât scleroza multiplă sau fibroza chistică sau părul brunet, toate tulburări sau trăsături codate de gene?

În urmă cu 50 de ani puteam să dăm vina în mod plauzibil pe comportamentul mamelor noastre pentru tot felul de nevroze şi nefericiri şi comportamente rele. Astăzi probabil că putem încă să ne învinovăţim mama – dar poate este mai plauzibil să dăm vina pe *genele* pe care ni le-au transmis decât pe *comportamentele* lor sau pe rănile afective pe care le-au provocat.

…ceea ce pare să nu pe nimic mai mult decât o pişcătură de purice pentru unii altora le cauzează un chin insuportabil.

— Robert Burton, *The Anatomy of Melancoly* (1621) a

Există o serie de companii private care, în schimbul unei picături de salivă şi al unui onorariu piperat, vor identifica acea parte din genomul tău care îţi va oferi informaţii despre riscul relativ de a face diferite boli. În urmă cu câţiva ani am plătit câteva sute de dolari unei companii numite 23 and Me, aşa că acum ştiu că genele mele mă determină să am, în principiu, o probabilitate puţin peste medie de a face pietre la rinichi, o probabilitate puţin sub medie de a face diabet de tip 2 sau cancer de piele şi o probabilitate medie de a suferi un atac de cord sau de a face cancer de prostată. Am aflat şi că genotipul meu mă determină să „metabolizez rapid cafeina”, că prezint un risc „tipic” de dependenţă de heroină şi abuz de alcool şi am fibre musculare care se contractă rapid. (Am aflat şi că în cazul meu ceara din urechi este „umedă”.)

Speram să aflu ce variante am în privinţa a doua gene dintre care fiecare a fost numită la un moment dat „gena Woody Allen”. Prima dintre acestea, cunoscută drept *COMT*, se găseşte pe cromoa) Vezi Robert Burton, *Anatomia melancoliei*, trad. rom. cât., p. 46 (n.tr.). zomul 22 şi codează producerea unei enzime (catecol-O-

metiltransferază) care descompune dopamina la nivelul cortexului prefrontal. A doua genă, *SLC6A4*, cunoscută şi ca gena *SERT*, se găseşte pe cromozomul 17 şi codează gradul de eficienţă a transmiterii serotoninei între sinapse.

Gena *COMT* are trei variante.1 Una (cunoscută ca val/val) codează un nivel crescut al enzimei care descompune dopamina foarte eficient; celelalte (val/met şi met/met) codează niveluri mai scăzute care descompun mai puţin eficient dopamina şi lasă o cantitate mai mare în sinapse. Studii recente au descoperit că în cazul oamenilor cu versiunea met/met există tendinţa de a fi dificilă reglarea activării afective.14 Nivelurile excesive de dopamină, speculează cercetătorii, sunt legate de „afectivitatea negativă" şi de o „focalizare inflexibilă a atenţiei" care îi face pe oameni să nu-şi poată învinge interesul obsesiv faţă de stimuli înfricoşători – trăsături care, la rândul lor, sunt legate de depresie, nevrotism şi, mai ales, de anxietate. Oamenii cu varianta met/met prezintă o incapacitate de relaxare după expunerea la stimuli aparent ameninţători, chiar şi dacă se demonstrează că aceşti stimuli nu sunt periculoşi. Prin opoziţie, varianta val/val a fost asociată cu o trăire *mai puţin* intensă a emoţiilor negative, o reacţie de tresărire *mai puţin* intensă şi cu o inhibiţie comportamentală *mai mică*".

Daţi-mi voie să spun aici că nu sunt specialist în genetică şi că suprasimplific cercetări vaste şi complexe. Recomand *The Otherăide of Normal*: *How Biology Is Providing the Clues to Unlock the Secrets of Normal and Abnormal Behavior* (*Cealaltă faţă a normalităţii*: *indicii oferite de biologie pentru dezlegarea secretelor comportamentului normal şi anormal*) de Jordan Smoller, o carte uşor de înţeles despre genetica psihiatrică scrisă de un expert.

") Numeroase studii susţin legătura dintre varianta met/met a genei *COMT* şi niveluri de anxietate neobişnuit de înalte – deşi, interesant, în special în cazul femeilor. Un

studiu15 realizat la Institutul Naţional de Cercetare a Abuzului de Alcool şi a Alcoolismului a analizat două grupuri diferite de femei – caucaziene din suburbiile statului Maryland şi indiene din Oklahoma rurală – şi a descoperit că la ambele populaţii femeile cu varianta met/met raportează niveluri mult mai mari de anxietate decât femeile cu celelalte variante. (Varianta met/met corelează şi cu o cantitate de un sfert sau de o

David Goldman, directorul secţiei de neurogenetică de la Institutul Naţional de Sănătate, a numit *COMT* „gena îngrijorare-luptă" 17. Conform lui Goldman, cei cu varianta val/val sunt „războinici": în condiţii de stres, această variantă a genei le oferă o creştere benefică a nivelului extracelular de dopamină, ceea ce se presupune că îi face mai puţin anxioşi şi mai puţin susceptibili la durere şi le permite să se concentreze mai bine. Acest nivel mai ridicat de dopamină le oferă şi o „memorie mai bună de lucru" în situaţii stresante. Îmi imaginez că, de exemplu, jucătorul de fotbal american Tom Brady – legendar pentru capacitatea lui de a lua decizii rapide şi inteligente în situaţii de presiune enormă (să arunce corect mingea unui coechipier liber la viteză mare în timp ce milioane de oameni se uită la el şi îl judecă) – are varianta războinică. Dar există situaţii în care această variantă, pe care o are 25% din populaţia lumii, oferă avantaje evoluţioniste. Studiile au arătat că purtătorii versiunii met/met au o performanţă mai bună la sarcinile cognitive care necesită implicarea memoriei şi atenţiei când *nu* sunt în situaţii de stres sever; asta sugerează că se poate ca persoanele care tind să-şi facă griji să se priceapă mai bine la evaluarea mediilor complexe şi să evite astfel pericolele. Fiecare versiune oferă o strategie adaptativă diferită: cei cu varianta îngrijorării se pricep să evite primejdia; cei cu varianta războinică acţionează eficient în situaţii periculoase.1

treime din cantitatea tipică de catecol-O-metiltransferază la nivelul creierului.) Când li s-a făcut

electroencefalograma femeilor cu varianta met/met s-a descoperit că prezintă un „tipar de unde cerebrale alfa de voltaj redus”, asociat cu tulburări de anxietate şi alcoolism. Pe scurt, studiul a dezvăluit o legătură nu numai între gene şi nivelurile enzimei şi între nivelurile enzimei şi activitatea cerebrală, ci şi între activitatea cerebrală şi nivelurile resimţite subiectiv de anxietate. Un alt studiu16, realizat în 2009 pe populaţii germane şi americane, a descoperit că oamenii cu varianta met/met a genei prezintă o reacţie fiziologică de tresărire mai intensă decât media când li se arată o serie de imagini neplăcute şi că au, conform testelor standard de personalitate, un nivel general de anxietate mai ridicat.

9 Aceste strategii evoluţioniste diferite par să se aplice până şi în cazul peştilor.18 Lee Dugatkin, profesor de biologie la Universitatea din Louisville.

Gena SERT – are de asemenea trei variante: scurtă/scurtă, scurtă/ lungă şi lungă/lungă (abreviate’s/s, s/1 şi 1/1). Începând de la mijlocul anilor ’90, numeroase studii 19 au descoperit că oamenii cu una sau mai multealele scurte ale genei *SERT* (adică cei cu varianta’s/1 sau’s/1) tind să proceseze serotonina mai puţin eficient decât cei cualele lungi – şi că, atunci când purtătorilor polimorfismelor cualele scurte li se arată imagini care induc frica, aceştia prezintă un nivel mai mare de activitate la nivelul amigdalei decât purtătorii perechii 1/1. Ipoteza cercetătorilor este că această corelaţie între o genă specifică şi activitatea amigdalei contribuie la explicaţia ratelor mai mari de tulburări de anxietate şi depresie pe care alte studii le-au descoperit la oamenii cu versiunea’s/s.

În absenţa stresului de viaţă, oamenii cu genotipurile’s/s şi-s/1 nu au o probabilitate mai mare de a fi deprimaţi decât oamenii cu genotipurile 1/1. Totuşi, când apar situaţii stresante – cum ar fi probleme financiare, relaţionale, de muncă sau de sănătate – indivizii cu versiuni scurte au o probabilitate mai mare de a face

depresie sau de a se sinucide. Cu alte cuvinte, oamenii cu varianta 1/1 par să fie parţial protejaţi de depresie şi anxietate chiar şi în condiţii de stres?

studiază peştii guppy. Unii sunt îndrăzneţi; alţii sunt timizi. Masculii guppy îndrăzneţi, observă Dugatkin, au o probabilitate mai mare decât cei timizi să atragă femele cu care să se împerecheze. Însă aceştia, în cutezanţa lor, prezintă şi un risc mai mare de a înota în apropierea prădătorilor şi de a fi mâncaţi. Peştii guppy timizi tind astfel să trăiască mai mult – şi au prin urmare un timp mai îndelungat în care să se împerecheze. Ambele tipuri de guppy, cei îndrăzneţi şi cei timizi, reprezintă o strategie evoluţionistă viabilă: fii îndrăzneţ şi împerechează-te mai mult cu riscul de a muri tânăr – sau fii timid, împerechează-te mai puţin şi trăieşte mai mult. Faptul de a fi un guppy îndrăzneţ comportă o valoare adaptativă – dar există o valoare adaptativă şi în faptul de a fi un guppy timid. Nu e greu să observăm că aceleaşi strategii evoluţioniste funcţionează şi la populaţiile de oameni. Unii trăiesc cu îndrăzneală, se împerechează promiscuu, îşi asumă riscuri şi tind să moară devreme (să ne gândim la clanul Kennedy, cutezător şi tragic); alţii duc o viaţă timidă, se împerechează mai puţin, evită riscurile şi tind să prezinte un risc mai mic de a muri prematur în accidente.

9 Nu toate studiile au confirmat ipoteza iniţială conform căreia faptul de a avea o alelă scurtă a genei SERTte face mai susceptibil la anxietate sau

Kerry Ressler, psihiatru la Universitatea Emory, a ajuns la descoperiri asemănătoare în privinţa altor gene. Ressler a descoperit că, deşi unele genotipuri par să inducă o vulnerabilitate mai mare la anumite forme de tulburări de anxietate, alte genotipuri par să confere o *rezistenţă aproape totală la acestea*. De exemplu, o genă numită *CRHR1* codează structura receptorilor cerebrali ai hormonului de eliberare a corticotropinei (CRH), secretat când este activată reacţia de luptă-sau-fugă sau în perioadele prelungite de stres. Suprasimplificând puţin,

există trei variante ale acestei gene: C/C, C/T şi T/T (literele indică secvenţa de proteine care codează aminoacizii ce alcătuiesc ADN-ul tău). Studiind un grup de 500 de oameni din zona săracă a oraşului Atlanta care au suferit privaţiuni, traume şi abuz în copilărie, Ressler a descoperit că varianta genei *CRHR1* pe care ai moştenit-o este un predictor important al probabilităţii să faci depresie la vârsta adultă dacă ai fost abuzat când erai copil.20 O versiune homozigotă a genei (C/C) a fost asociată cu faptul că acei copii care au fost victime ale abuzului aveau o probabilitate *foarte mare* de a avea depresie clinică la vârsta adultă; versiunea heterozigotă a genei (C/T) a fost asociată cu o probabilitate *moderată* de depresie la vârsta adultă; şi faptul cel mai fascinant este că cealaltă versiune homozigotă a genei (T/T) *nu a fost deloc asociată* cu depresia la vârsta adultă – versiunea T/T a genei pare să confere acestor victime ale abuzului în copilărie imunitate totală la depresie. Abuzul în copilărie pare să nu fi avut *niciun efect psihologic pe termen lung* asupra celor cu această versiune a genei.

Ressler a ajuns la rezultate asemănătoare în studii asupra genei responsabile de codarea sensibilităţii la feedback a receptorilor de glucocorticoid. Variaţiile acestei gene cunoscute ca *FKBP5* par a depresie. De exemplu, deşi studiile epidemiologice ajung în mod constant la concluzia că rata anxietăţii clinice şi depresiei este *mai mică* în Asia decât în Europa sau în America de Nord, testele genetice au descoperit că prevalenţa alelei’s/s-a genei *SERT* este semnificativ *mai mare* la populaţiile din Asia de Est decât la cele occidentale – ceea ce ridică întrebări interesante despre modul în care cultura şi structura socială interacţionează cu genetica şi influenţează ratele şi intensitatea anxietăţii la indivizii din societăţi diferite. avea un efect puternic asupra susceptibilităţii copiilor la tulburarea de stres posttraumatic.21 în timp ce o variantă a genei *FKBP5* pare să fie asociată cu rate ridicate de TSPT/PTSD, o altă variantă pare să confere o rezistenţă

puternică: numărul de copii afectaţi de TSPT/PTSD care aveau varianta G/G a fost de doar o treime din numărul copiilor cu alte variante.

Astfel de cercetări sugerează că susceptibilitatea la cădere nervoasă este determinată semnificativ de genele pe care le ai. Anumite genotipuri te fac foarte vulnerabil la căderi nervoase în situaţii traumatice sau de stres; alte genotipuri de fac rezilient în mod natural. Nu există o singură genă şi nici măcar o serie de gene care să programeze anxietatea *per* se Dar anumite combinaţii de gene te programează să ai fie un nivel ridicat, fie un nivel scăzut de activitate a axei hipotalamus-hipofiză-suprarenale: dacă te-ai născut cu un sistem nervos autonom sensibil şi apoi ai fost expus la stres în copilăria timpurie, axa ta HPA a devenit şi mai sensibilă, aşa că va fi tot timpul hiperactivă în viaţa de mai târziu, determinând o activitate excesiv de intensă a amigdalei – ceea ce te face numai bun pentru depresie sau tulburări de anxietate. Dacă însă te-ai născut cu gene care codează niveluri scăzute de activitate HPA, vei prezenta tendinţa de a avea un nivel mai ridicat de imunitate până şi la efectele stresului sever.

Se pare că aici este o explicaţie cel puţin parţială pentru ceea ce Robert Burton, eruditul de la Oxford, a observat încă din 1621 în *Anatomia melancoliei*: „ceea ce pare să nu fie nimic altceva decât o pişcătură de purice pentru unii altora le cauzează un chin insuportabil”.

Oare m-aş fi simţit uşurat să descopăr că am versiunea războinică a genei *COMT*} pentru că asta ar fi însemnat că, la urma urmei, nu sunt condamnat genetic la niveluri înalte de „nevrotism” şi „evitare a vătămării”? Sau m-aş fi simţit şi mai rău decât mă simt deja dacă aş fi descoperit că am, să spunem, versiunea lungă/lungă a genei *SERT*: să fiu binecuvântat cu genele bunei dispoziţii şi rezilienţei şi să fiu totuşi atât de anxios şi nevrotic – cât de jalnic ar fi? Ar însemna că am reuşit cumva să stric o moştenire genetică generoasă?

În cartea ei din 1937, *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, Karen Horney, discipolă a lui Freud, scrie despre modul în care ticul comportamental standard al nevroticului este de a se reduce la nimic – *Sunt un ratat*, îşi spune lui însuşi, *uită-te la toate obstacolele care mă împiedică şi la toate handicapurile care mă limitează*; *e de mirare că maifuncţionez* întrucâtvaca să scadă presiunea de a realiza ceva. Nevroticul nutreşte în secret (uneori fără ca măcar să ştie) o ambiţie puternică de realizare ca mijloc de a compensa lipsa sentimentului de valoare a propriei persoane. Dar este prea intolerabilă frica de eşec sau de confirmare a lipsei de valoare printr-o nereuşită evidentă de a realiza ceva în pofida efortului sincer de a reuşi. Aşa că, printr-o tactică psihologică de apărare, nevroticul exagerează infirmităţile care fac evident dificilă atingerea succesului. Odată stabilite aceste handicapuri şi dezavantaje, presiunea dispare: orice ar realiza nevroticul este cu atât mai lăudabil. Şi dacă nevroticul eşuează? Ei bine, pentru asta au fost exagerate toate deficienţele: cum te-ai putea aştepta la orice în afară de eşec dacă sunt atâtea bariere în calea lui? Aşa că dacă aş descoperi că am versiunea nevrotică a genei *COMT* sau gena *SERT* anxios-depresivă m-aş simţi oarecum uşurat. *Vezi*, aş putea să spun, *asta e o dovadă că anxietatea mea e „reală”*. *E chiar în genele mele*. *Cum s-ar putea aştepta cineva-cum mă pot aştepta eu însumi-săfac orice altceva decât să mă târăsc înainte*? *E de mirare că am fost în stare să realizez ceva cu toată constelaţia mea de gene tulburate*! *Lăsaţi-mă să mă bag sub pătură şi să mă uit la ceva calmant la televizor*.

Într-o zi, seara târziu, a ajuns raportul despre gena mea *COMT*? Sunt heterozigot (val/met), ceea ce înseamnă, pe baza informaţi

*) L-am rugat pe cumnatul meu, licenţiat în biochimie şi student la Medicină, să ia datele genetice brute pe care mi le oferise 23 and Me şi să le introducă în baza de date *open sourcede* informaţii genomice pentru a ne da seama ce variantă de genă COMTam eu. Şi, deşi 23 and Me nu le

oferă în prezent clienţilor nici măcar datele brute despre variantele *SERT*, am reuşit să-mi conving nişte prieteni specialişti în neuroştiinţe să-mi facă testele pentru asta cu condiţia să nu le dezvălui numele, întrucât primesc subvenţii federale de cercetare şi nu ar trebui să facă teste pe nicio persoană care nu participă în mod oficial la studiu.

Ilor limitate de până acum, că nu fac parte nici dintre războinici, nici dintre cei care tind să se îngrijoreze, ci sunt undeva între. (Un studiu22 din 2005 realizat la Universitatea de Stat San Diego a descoperit că oamenii – mai ales femeile – cu varianta val/met au tendinţa de a fi mai introvertiţi şi nevrotici.) La scurt timp am primit rezultatele testului genotipic pentru gena *SERT*: am varianta scurtă/scurtă – cea despre care numeroase studii au descoperit că este un predictor pentru tulburări de anxietate şi depresie în condiţii de stres. Dacă ne putem încrede în cercetările genetice din prezent, eu ar trebui – pe baza genotipului meu – să fiu anxios şi să am tendinţa de a evita vătămările, să fiu neobişnuit de susceptibil la suferinţă şi durere.

Nu ar trebui ca toate astea să fie eliberatoare? Dacă anxietatea este codată genetic, dacă este o afecţiune medicală şi nu un defect de caracter sau o slăbiciune a voinţei, de ce să fiu învinovăţit sau stigmatizat sau să-mi fie ruşine?

Dar faptul de a pune responsabilitatea pentru temperamentul şi personalitatea şi nivelurile tale bazale de anxietate pe seama ghinionului ereditar – oricât ar fi asta de întemeiat genetic – se scufundă rapid într-un teritoriu filosofic vexant. Nucleotidele, genele, neuronii şi neurotransmiţătorii care determină anxietatea mea sunt aceleaşi componente care alcătuiesc şi restul personalităţii mele. Genele îmi codează şinele în aceeaşi măsură în care îmi codează anxietatea. Chiar vreau să atribui specificul meu personal unor factori genetici care nu se află deloc sub controlul meu?

Enigmaticele fobii ale micii copilării merită să mai fie

o dată menţionate. [...] *Putem înţelege unele dintre ele – fobia de a fi singur*, *fobia de întuneric*, *fobia de persoane străine – ca reacţii la pericolul pierderii de obiect*; *pentru altele – fobia de animale mici*, *de tunete* ş.a.m.d. – *există poate indicaţia că ele sunt resturile diminuate ale unei precauţii congenitale pentru pericolele reale*, *precauţie atât de clar formată la alte animale*.

— Sigmund Freud, *Inhibiţie*, *simptom*, *angoasă* (1926) a a) Vezi Freud, *Inhibiţie*, *simptom*, *angoasă*, trad. rom. cât., pp. 343 – 344 (n.tr.).

Cum se poate să fi ajuns ceva atât de idiosincrazie ca o fobie specifică de la mama la mine şi la fiica mea? Poate o fobie simplă să fie genetică?

Să ne amintim că Freud, spre sfârşitul carierei sale, a observat că anumite fobii comune – frica de întuneric, frica de a fi singur, frica de animale mici, frica de furtuni – par să aibă rădăcini adaptative din punct de vedere evoluţionist, reprezentând „rămăşiţele atrofiate ale disponibilităţii înnăscute de apărare împotriva pericolelor realităţii, atât de bine dezvoltată la alte animale”. Conform acestei logici, anumite fobii sunt comune pentru că apar din frici instinctive care au fost păstrate prin selecţie.

În anii ’70, Martin Seligman, psiholog la Universitatea din Pennsylvania, a elaborat această concepţie şi a ajuns la ceea ce a numit teoria pregătirii: anumite fobii sunt comune pentru că evoluţia a selectat creierele dispuse să aibă reacţii exagerate de frică la lucruri periculoase.23 Oamenii de Cro-Magnon care se temeau în mod instinctiv – şi care aşadar evitau – să cadă de pe stânci înalte sau să fie muşcaţi de şerpi sau insecte veninoase sau să se expună la prădători în câmpuri deschise aveau o probabilitate mai mare de a supravieţui.

Dacă creierul omului este predispus la frica de anumite lucruri, asta pune într-o nouă lumină unul dintre cele mai celebre experimente din istoria psihologiei. Dacă John Watson a interpretat greşit experimentul făcut pe Micul Albert despre care am discutat în capitolul 2? Dacă

adevăratul motiv pentru care Albert a dezvoltat o fobie atât de profundă de şobolani şi a generalizat-o atât de rapid la alte creaturi îmblănite nu a fost eficienţa condiţionării comportamentale, ci faptul că creierul uman are o predispoziţie naturală de a se teme de lucruri mici şi cu blană? Rozătoarele, la urma urmei, pot fi purtătoare de boli mortale. Primii oameni care au dezvoltat o frică prudentă de şobolani vor fi avut un avantaj evoluţionist care le-a oferit o probabilitate mai mare de supravieţuire. Aşa că se poate ca motivul principal pentru care atât de mulţi oameni din zilele noastre dezvoltă fobii de rozătoare să nu fie nici proiecţia în exterior a conflictului psihic (după cum susţinea tânărul Freud) şi nici eficienţa condiţionării comportamentale (după cum susţinea Watson); pare să fie mai degrabă legătura acestor frici cu o reacţie atavică uşor de declanşat.

Mult timp, primatologii au crezut că maimuţele ies din pântec cu o frică înnăscută de şerpi. Când cercetătorii observau o maimuţă care dădea de un şarpe (sau chiar de un obiect asemănător unui şarpe), reacţia maimuţei era de frică – aparent o manifestare clară de disponibilitate pur instinctivă pentru o frică înnăscută transmisă cumva prin gene. Dar Susan Mineka, psiholog la Universitatea Northwestern, a descoperit că maimuţele separate de mamă şi crescute în captivitate nu se tem deloc atunci când dau pentru prima oară de un şarpe. Doar după ce puii foarte mici de maimuţe îşi observă mama reacţionând speriată la un şarpe – sau după ce văd o înregistrare în care o altă maimuţă reacţionează speriată la un şarpe – încep să manifeste un comportament temător când sunt ei înşişi expuşi la o întâlnire cu un şarpe. Asta indică faptul că puii de maimuţe *învaţă* să se teamă de şerpi privindu-şi mama – o dovadă aparent importantă că fobia se dezvoltă prin învăţare determinată de mediu, nu prin determinare genetică, însă Mineka a mai descoperit ceva neaşteptat: maimuţele *nu* dezvoltă cu uşurinţă frica de lucruri care nu sunt intrinsec periculoase.24 Puii de maimuţă cărora li s-

au arătat înregistrări cu alte maimuţe care reacţionau temător la un şarpe au dezvoltat ulterior o frică de şerpi – dar maimuţele cărora li s-au arătat înregistrări (montate cu măiestrie) în care alte maimuţe reacţionau temător la flori sau iepuri *nu* au dezvoltat o frică de flori sau iepuri. Evident, este necesară o combinaţie de observaţie socială şi pericol intrinsec pentru a provoca la maimuţe un comportament asemănător fobiei.

Ame Öhman, psihologul suedez despre ale cărui cercetări asupra anxietăţii sociale am vorbit în capitolul 4, arată că, deşi toţi oamenii au o predispoziţie evoluţionistă de a dezvolta anumite frici adaptative, majoritatea oamenilor nu au fobii. Öhman susţine că aceasta este o dovadă că există o variaţie genetică a gradului de sensibilitate a creierului nostru până şi faţă de stimulii de care suntem predispuşi biologic să ne temem.25 Unii oameni – ca mine, ca mama, fiica mea, fiul meu – au o disponibilitate codată genetic de a dezvolta frici şi ca acestea să aibă o intensitate peste medie.1

În favoarea teoriei pregătirii a lui Seligman, Ohman a descoperit că aceste fobii – printre care acrofobia (frica de înălţimi), claustrofobia (spaţii închise), arahnofobia (păianjeni), murofobia (rozătoare) şi ofidiofobia (şerpi) – care ar fi avut o evidentă relevanţă adaptativă în istoria noastră evoluţionistă timpurie sunt mult mai greu de vindecat prin terapia prin expunere decât fobiile de lucruri cum ar fi trenuri sau cai, care nu sunt „relevante” pentru frică din punct de vedere istoric. Mai mult, Ohman a descoperit că până şi fobiile de pistoale şi cuţite – care sunt evident „relevante” pentru frică în zilele noastre, dar care nu ar fi fost astfel pentru oamenii de Neanderthal şi alţi strămoşi de pe parcursul evoluţiei – sunt mult mai uşor de vindecat decât fricile de şerpi şi şobolani, ceea ce sugerează că fricile pentru care aveam cea mai mare predispoziţie şi de care ne este cel mai greu să scăpăm sunt înscrise în genele noastre încă din primele perioade ale evoluţiei primatelor.

Dar există oare ceva folositor din punct de vedere evoluţionist la emetofobie? Faptul de a vomita este adaptativ; ne poate scăpa de toxine care pot fi mortale. Care ar putea fi explicaţia genotipului unei astfel de fobii?

O posibilitate speculativă este că emetofobia derivă genetic dintr-un impuls care *chiar* este adaptativ din punct de vedere

*) Este interesant că fobii diferite par să activeze părţi diferite ale circuitelor noastre neuronale şi să aibă rădăcini genetice diferite. Asta este adevărat potrivit propriei mele experienţe. Oricât aş fi de fobie faţă de zborul cu avionul sau de înălţimi şi de vărsături şi de brânză, nu am o frică ieşită din comun de şerpi sau şobolani sau alte animale; de fapt, se poate ca lumea animalelor să fie unul dintre puţinele domenii în care sunt efectiv mai puţin temător decât ar trebui să fiu. Am fost muşcat rău de un câine (ceea ce a dus la o vizită la camera de gardă când aveam opt ani), de un şarpe (am avut la un moment dat un şarpe pe nume Kim) şi o dată am fost atacat brutal (dintre toate creaturile) de un cangur despre care am crezut greşit că îşi dorea o îmbrăţişare. (E o poveste lungă.) M-aş simţi mult mai bine dacă aş fi acoperit de o grămadă de şerpi (neveninoşi) şi de şobolani decât dacă aş zbura cu avionul prin turbulenţe chiar şi uşoare.

evoluţionist: evitarea *altor oameni* care vomită. Fuga instinctivă de oameni care vomită poate că i-a salvat pe hominizii timpurii de expunerea la toxine din mediu care i-ar fi putut otrăvi. O altă posibilitate este ca o sferă de trăsături temperamentale şi predispoziţii comportamentale şi cognitive determinate genetic, plus un nivel înnăscut înalt de reactivitate fiziologică să fi conlucrat pentru sporirea vulnerabilităţii la anxietatea fobică – şi poate că au contribuit cumva mai ales la această anxietate fobică. Eu, mama mea şi fiica mea avem o fiziologie înalt reactivă, cu o amigdală neliniştită şi cu un trup care este permanent în alertă maximă, ceea ce ne face să fim constant

hipervigilenţi. Mama – la fel ca mine şi ca fiica mea – are o tendinţă preponderentă să se îngrijoreze; uneori bate ritmic din degete şi se aude tare. Reactivitatea noastră fiziologică şi temperamentul nostru inhibat ne fac pe toţi trei să fim în general mai neliniştiţi şi mai predispuşi să resimţim emoţii negative intense când suntem expuşi la stimuli înfricoşători într-o măsură mai mare decât cineva cu un temperament slab reactiv, neinhibat.

Iată o conversaţie pe care am purtat-o cu fiica mea în seara de dinaintea unei excursii în Florida, la scurt timp după ce a împlinit şase ani.

— Mi-e frică de zborul cu avionul de mâine.

— Nu ai de ce să te temi, spun eu încercând să-i inspir o stare calmă. Ce anume din zborul cu avionul te sperie?

— Instrucţiunile de siguranţă.

— *Instrucţiunile de siguranţă*? Ce-i cu instrucţiunile de siguranţă?

— Partea în care vorbesc despre prăbuşire.

— O, avioanele sunt foarte sigure. Avionul nu o să se prăbuşească.

— Atunci de ce au instrucţiuni despre ce să faci dacă *chiar* se prăbuşește?

— Asta fiindcă există reguli speciale care spun că însoţitorii de zbor trebuie să ne dea instrucţiuni pentru a ne menţine foarte în siguranţă. Dar să zbori cu avionul e mult mai sigur decât să mergi cu maşina.

— Atunci de ce nu trebuie să ascultăm instrucţiuni de siguranţă când mergem cu maşina?

— Susanna, strig eu din capul scărilor, poţi să vii să vorbeşti cu Maren despre ceva?

Maren pare să fi ajuns la frica de zbor fără nicio instrucţiune directă din partea mea. Era deja echipată temperamental să se îngrijoreze, să scaneze mediul pentru identificarea potenţialelor ameninţări; dispoziţia firească a minţii ei – la fel ca în cazul meu, ca în cazul mamei, ca în cazul pacienţilor tipici cu tulburare anxioasă generalizată –

este de a căuta şi de a-şi face griji (în sensul de „a întoarce pe toate părţile”, de a analiza din toate perspectivele) în legătură cu toate scenariile de tipul cel-mai-rău-caz-posibil. Apariţia înţelegerii instrucţiunilor de siguranţă, cu referinţele lor la aterizarea pe apă şi poziţia pasagerilor în caz de prăbuşire, i-a stimulat anxietatea.

Copiii mei au amândoi darul meu de a anticipa catastrofa – de a-şi imagina tot timpul şi de a se îngrijora pentru cel-mai-rău-cazposibil, chiar dacă acest scenariu nu este probabil din punct de vedere statistic. Dacă descopăr o mică umflătură pe faţă în timp ce mă bărbieresc încep imediat să-mi fac griji nu (cum ar fi cel mai probabil) că-mi iese un coş, ci că e o tumoare malignă şi posibil fatală. Dacă am un junghi în coaste încep imediat să-mi fac griji nu că e o întindere musculară sau ceva de la digestie, ci că e debutul unei apendicite acute sau cancer de ficat. Dacă atunci când conduc cu soarele în faţă mă simt uşor ameţit sunt convins că nu e un truc al luminii tremurătoare, ci un prim semn de atac vascular sau de tumoare cerebrală.

Mai târziu ne pregăteam din nou să călătorim cu avionul într-o vacanţă de familie. Maren s-a apucat strâns cu mâinile de mânerele scaunului înainte de decolare, foarte atentă la fiecare zdrăngănit şi vâjâit din măruntaiele avionului, întrebându-mă după fiecare zgomot dacă asta însemna că avionul era stricat.

— Nu, nu înseamnă asta, a spus soţia mea.

— Dar de unde *ştii*?

— Maren, te-am pune noi vreodată într-un loc periculos?

Încă un zgomot al motorului: *Zdrangl*

— Dar ce-a fost zgomotul *ăla*? întreabă Maren cu lacrimi în ochi. *Asta* înseamnă că avionul e stricat?

Of. Aşchia a sărit mult prea aproape de trunchi?

Şi mai de mirare este că [melancolia] nu îl afectează pe tată, ci trece la fiu, „sau sare peste o generaţie şi uneori peste două, şi nu provoacă întotdeauna aceeaşi boală, ci una asemănătoare şi cu sens simbolic”.

— Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy* (1621)

Pacientul se prezintă ca perfecţionist, cu ambiţia de a reuşi, însă nu într-o manieră egocentrică, şi este sensibil la eşecurile minore. Nu se ştie dacă această explicaţie psihodinamică este cauza depresiei. Anxietatea pare a constitui un aspect mai semnificativ.

— Din raportul medical din 1948 al lui Chester Hanford

Oricât ar fi de descurajant să văd cum anxietatea copiilor mei se dezvoltă într-un mod asemănător cu al meu, la fel este să descopăr similitudinile dintre nevrozele străbunicului meu şi ale mele. Dacă există o astfel de asemănare comportamentală între mine şi mama şi între mine şi copiii mei, atunci nu s-ar putea ca genotipul anxios să se întindă încă de la străbunicul meu până la copiii mei – cinci generaţii (cel puţin) de neajunsuri ereditare?

*) Ar trebui să spun aici că poate deoarece copiii mei au făcut amândoi foarte devreme psihoterapie pentru anxietatea lor-ca să-i ajute să controleze ceea ce noi numim „creierul îngrijorat” – amândoi par mai puţin anxioşi decât erau în urmă cu câţiva ani. Maren are încă emetofobie, dar a dezvoltat tehnici de gestionare a fricii şi este mai puţin anxioasă – şi de fapt are un nivel destul de înalt de încredere în sine – în majoritatea domeniilor vieţii ei. Nathaniel vede în continuare tot felul de catastrofe într-un mod foarte imaginativ, dar anxietatea lui de separare este mai puţin severă. Din punct de vedere temperamental, vor rămâne probabil predispuşi toată viaţa la anxietate – dar sper că vor putea să-şi gestioneze frica şi chiar să o folosească în moduri productive, astfel încât să reuşească în pofida acesteia.

Chester Hanford a murit în vara în care eu am împlinit şase ani. În i amintesc că era o prezenţă blândă, prietenoasă, în acelaşi timp distins şi decrepit în scaunul cu rotile din sufrageria bunicilor mei din zona de suburbie a statului New Jersey, sau în camera lui de la azilul din apropiere, purtând sacou, cravată închisă la culoare şi

pantaloni gri de flanelă. După ce a murit în 1975 a continuat să fie prezent în casa noastră, privind din fotografii cu ochi înţelepţi şi trişti şi trăind prin scrisoarea pe care o primise de la preşedintele Kennedy, agăţată pe peretele sufrageriei, lângă o fotografie cu ei doi şi Jacqueline Kennedy în campanie.

În copilărie nu am ştiut decât despre realizările lui Chester: a fost decan la Harvard o perioadă lungă şi încununată de succes; a publicat cercetări respectabile despre administraţia locală; a fost asociat cu JFK câteva decenii, de când Kennedy era la facultate până în perioada sa de la Casa Albă. Abia când m-am făcut mai mare am început să întrevăd părţile mai întunecate: suferea de anxietate şi depresie; trecuse prin mai multe serii de terapie cu electroşocuri; fusese internat perioade îndelungate de multe ori de la sfârşitul anilor ’40 până la mijlocul anilor ’60 şi, drept urmare, fusese obligat să se retragă devreme (din funcţia de decan) şi apoi să iasă la pensie (şi să plece de la Harvard); iar o parte din ultimii săi zeci de ani a petrecut-o gemând în poziţia fetală în dormitorul din casa lui din partea de vest a statului Massachusetts.

Care era cauza afecţiunilor lui Chester? Era în principal ceea ce am numi astăzi o tulburare anxioasă sau depresie clinică? Cât de asemănătoare sunt anxietăţile noastre?

Conform rapoartelor psihiatrice de la mai multe spitale, fricile şi anxietăţile existenţiale ale lui Chester semănau cu ale mele, înseamnă asta că am în comun cu străbunicul meu o tulburare psihiatrică specifică – determinată fie de transmiterea anumitor gene, fie de cultura familială nevrotică instaurată de strămoşii noştri? Sau doar că, în răspăr cu Tolstoi, toţi psihonevroticii sunt nefericiţi în acelaşi fel?

Faptul de a citi despre străbunicul meu – mai ales după ce am aflat câte ceva despre genetica comportamentală – a declanşat în mine un sentiment de

nelinişte profundă, dat fiind că atât de multe lucruri legate de el aduc cu ale mele. Neliniştea lui. Frica lui de a vorbi în public. Tendinţa lui de a amâna.1 Spălatul lui compulsiv pe mâini.11 Fixaţia lui pe intestine.111 Autocritica lui neîncetată. Lipsa lui de respect de sine, în ciuda slujbei sale respectabile. Capacitatea lui de a proiecta o aparenţă de calm şi voie bună în timp ce fierbea pe dinăuntru.17 Dependenţa în chestiuni afective şi pragmatice de soţia lui, mai extravertită şi mai stabilă.7

Prima lui internare, la 56 de ani, pare să fi fost provocată de anxietatea faţă de o serie de cursuri pe care trebuia să le ţină în faţa studenţilor. „A citit mult toamna trecută”, scria psihiatrul lui după ce Chester fusese internat la Spitalul McLean în 1948, „dar a început să se teamă că nu va putea organiza materialul sub formă de cursuri”. Avea senzaţia că ceilalţi profesori erau mai buni decât el şi că nu era îndeajuns de erudit pentru a crea cursuri mulţumitoare. La sfârşitul primăverii anului 1947, Chester „a fost foarte supărat din cauza incapacităţii lui de a-şi organiza munca şi de a fi creativ. Anxietatea l-a copleşit. A devenit deprimat şi uneori plângea”.

Psihoterapeuţii lui Chester au încercat să-l facă să-şi amuţească supraeul. „Tendinţa autocritică a pacientului a fost atacată ca factor al depresiei lui şi se arată mai rigidă şi mai puternică decât ar justifica talentele şi virtuţile lui”. (De-a lungul anilor şi terapeuţii mei au încercat să facă acelaşi lucru – doar că în general nu mai numesc asta supraeu, ci „critic intern” sau „sine critic”), în cazul străbunicului meu nu a funcţionat. În ciuda numeroaselor dovezi ale eficienţei sale ca erudit şi administrator, nu a putut să-şi stăpânească sentimentele de ineficienţă şi inferioritate. („Nu îi provoacă bucurie rememorarea serviciilor importante pe care le-a adus facultăţii într-un fel care să amelioreze sentimentele de inutilitate din prezent”, scria psihiatrul său.) Dovezile obiective sugerează că era o figură care inspira un respect considerabil din partea studenţilor şi profesorilor. Cu toate astea, în toamna anului

1947 ajunsese să se creadă un impostor care nu se putea ridica la înălţimea scrierii unor cursuri suficient de interesante şi convingătoare pentru studenţii lui.

Cum s-a întâmplat asta? Era un bărbat care se bucurase în mod evident de succes în viaţa profesională şi de familie. Avea de zeci de ani titularizare la Harvard, scrisese un manual foarte folosit de ştiinţe politice şi fusese mulţi ani decanul facultăţii. Era însurat de 32 de ani. Se bucura de o viaţă socială activă ca persoană destul de însemnată din zona Cambridge şi conducea adesea serviciile religioase de dimineaţă pentru studenţi. Tată, bunic, profesor şi decan la Harvard, un membru respectabil al comunităţii – avea toate semnele succesului, stabilităţii şi fericirii. Şi totuşi se prăbuşea pe dinăuntru.

Astăzi, bunicul meu spune că până când tatăl lui a avut prima cădere totală la sfârşitul anilor ’40 nu a văzut niciodată vreo dovadă că tatăl lui era anxios sau deprimat. Totuşi, conform rapoartelor medicale, Chester fusese întotdeauna „o persoană mai degrabă neliniştită”, care avea obiceiul – după cum soţia lui, Ruth, a observat prima oară când o curta – de a clipi des. (Cercetătorii din prezent folosesc uneori o măsurătoare pe care o numesc frecvenţă a clipirii pentru a evalua anxietatea fiziologică.) Ruth îşi amintea de asemenea anxietatea de care el suferise din pricina unor cursuri pe care trebuia să le ţină ca tânăr seminarist, când le-a spus medicilor că de mai multe zile devenise „foarte temător şi insomniac”. Căutând prin corespondenţa de demult am dat peste o scrisoare pe care Chester i-o scrisese lui Ruth pe vremea când era seminarist la Harvard, în timpul Primului Război Mondial, în care spunea că aproape avea speranţa de a fi încorporat – fiindcă ar fi fost mai puţin chinuitor să se ferească de gloanţe pe front decât să trebuiască să ţină cursuri pentru studenţi.

Toate astea indică faptul că Chester avea o dispoziţie neliniştită – ceea ce ferome Kagan ar numi temperament inhibat comportamental care, aproape sigur, într-un

anumit grad, era ereditară. Şi tatăl lui, şi mătuşa din partea mamei erau predispuşi la diverse forme de anxietate şi depresie. Dar această dispoziţie neliniştită, această inhibiţie comportamentală nu a fost excesiv de debilitantă în primii 50 de ani ai vieţii sale: oricât ar fi fost uneori de temător şi susceptibil la îngrijorare şi insomnie, a avansat constant, câştigând respect, pe o cale profesională demnă.

Aşa că de ce, după mai bine de 50 de ani de gestionare a propriei îngrijorări şi melancolii, s-a prăbuşit în cele din urmă în iarna anului 1947, uimindu-se până şi pe sine? 1 Potrivit modelului diateză-stres al bolilor mintale, tulburările clinice cum ar fi anxietatea sau depresia izbucnesc adesea când o susceptibilitate genetică la boala psihiatrică se combină cu factori stresanţi care depăşesc capacitatea individului de a face faţă. Unii oameni sunt binecuvântaţi cu genotipuri programate să îndure chiar şi traume severe; alţi oameni, ca străbunicul meu (şi, probabil, ca mine), sunt mai puţin rezilienţi în mod natural şi îşi pierd capacitatea de a face faţă când stresul de viaţă devine prea apăsător.

Străbunicul meu a putut să lucreze până la al Doilea Război Mondial. Dar pe măsură ce diverşi colegi de-ai lui au fost trimişi pe front, volumul său de muncă a crescut. „Asta a fost un efort în plus”, va spune mai târziu psihiatrul său, „şi a ajuns destul de

*) „Dl Hanford a menţionat că l-a vizitat o dată pe un student internat în secţia [de neuropsihiatrie] de la Mass General şi că îl impresionase destul de tare faptul că toate uşile erau încuiate”, nota psihiatrul său. „A spus «Nu m-aş fi aşteptat niciodată să mă găsesc în aceleaşi circumstanţe; întotdeauna am simţit că pot să am grijă de mine»”.

neliniştit şi anxios în legătură cu capacitatea lui de a continua”. Era obosit cronic. După ani întregi în care a fost gazdă a întrunirilor de salon din Cambridge, s-a trezit că era prea obosit ca să se mai ocupe cu asta sau măcar să socializeze; să aibă de-a face cu oameni era un efort prea

mare. I-a sugerat lui James Conant, preşedintele Harvard, că s-ar putea retrage. (Pentru moment, Conant i-a cerut să rămână decan.)

În primăvara anului 1945 a murit un prieten apropiat. Fiind deja apăsat de griji şi la marginea prăpastiei, după aceea (conform soţiei lui) a ajuns permanent „zbuciumat” – la asta se adăuga faptul că pe lista oamenilor căzuţi pe front apăreau numele multor foşti studenţi de-ai lui. După ani întregi de predare, Chester a descoperit dintr-odată că nu-şi mai putea organiza cursurile. De câteva ori soţia lui a trebuit să scrie prelegerile pentru seminarul de anul I pe care îl ţinea el.

La insistenţele medicului de familie, Roger Lee, şi-a luat un concediu de o lună în vara anului 1946. „S-a simţit mai bine apoi”, este înscris în raportul său, „şi a făcut faţă destul de bine în următorul an şcolar”. Dar în primăvară a început iarăşi să-l supere incapacitatea de a-şi organiza munca; era neliniştit că prelegerile lui erau inferioare. Se îngrijora obsesiv şi în legătură cu o chestiune financiară nesemnificativă. S-a instalat depresia. Putea să-şi îndeplinească sarcinile de predare şi administrative în timpul zilei, dar noaptea ajungea să plângă de tensiune şi tristeţe. Dr. Lee l-a sfătuit să reducă volumul de muncă şi astfel, în toamna anului 1947, s-a retras din funcţia de decan şi s-a întors la postul cu normă întreagă din departamentul unde ţinea cursul de ştiinţe politice.

Din acel moment starea lui a început să se deterioreze rapid. Până la jumătatea lunii octombrie ajunsese „epuizat, agitat şi supărat din cauza cursurilor şi simţea că nu mai poate continua”. Stătea treaz până la două dimineaţa revizuindu-şi cursurile şi apoi tot nu putea să doarmă pentru că era nemulţumit de ciorne, aşa că se trezea devreme şi o lua de la capăt. „A început să creadă că nu se mai pricepea să ţină cursuri”, spune raportul de la Spitalul McLean. „A început să creadă că ceilalţi profesori erau mai buni şi că el nu se ridica la înălţimea propriilor aşteptări”. În săptămâna dinaintea primei internări,

devenise „şi mai temător” în privinţa cursurilor lui. Uneori „plângea amarnic” şi începuse să vorbească despre sinucidere.

În secţiunea de „impresii diagnostice” din dosarul de internare al lui Chester directorul secţiei de psihiatrie raportează: „Pacientul dă impresia că a fost o persoană extrem de valoroasă în viaţa profesională, precum şi foarte blândă şi serviabilă în relaţiile personale. O persoană hiperconştiincioasă şi excesiv de critică faţă de sine, cu un nivel înalt de energie şi rezultate concrete, dar cu tendinţa de a amâna lucrurile. Îşi face mereu griji şi a mai fost deprimat şi în trecut. Are astfel trăsături de caracter anxioase şi obsesionale. Trecerea de la sarcinile administrative la cele de predare a determinat reducerea activităţilor satisfăcătoare şi a contactelor personale şi a dus la amplificarea gândirii contemplative, conştiente de sine şi autocritice. S-au intensificat atitudinile dependente şi de disperare. Poate primi diagnosticul de *psihonevroză*, *depresie reactivă*. Prognosticul pare destul de bun în privinţa ameliorării simptomelor din prezent, dar viitorul acestor ajustări este îndoielnic”.

Dacă afecţiunile psihonevrotice şi genotipul lui Chester Hanford – şi, într-un grad mai mic, circumstanţele sale de viaţă – sunt asemănătoare cu ale mele, înseamnă oare că mă aşteaptă aceeaşi soartă? („Viitorul acestor ajustări este îndoielnic.”) Mă condamnă ereditatea la o spirală descendentă asemănătoare dacă sunt supus la prea mult stres? Ce s-ar fi ales de mine până acum dacă nu aş fi recurs, în diferite perioade, la antipsihotice, antidepresive triciclice şi SSRI şi benzodiazepine la care mi-a fost uşor să apelez, dar care nu se găseau pe vremea străbunicului meu, a cărui boală a precedat înflorirea psihofarmacologiei moderne? Dacă străbunicul meu ar fi avut acces, să spunem, la Xanax sau Celexa ar fi evitat rundele de terapie cu electroşocuri şi terapie-şoc cu insulină, ca să nu mai vorbim de lunile pe care le-a petrecut ghemuit în pat în poziţie fetală?

Desigur, nu putem şti. Oricâte gene am avea în comun, eu şi Chester suntem oameni diferiţi care trăiesc în perioade diferite în condiţii culturale diferite şi care au experienţe diferite şi stresuri diferite. Poate Celexa nu ar fi funcţionat pentru Chester Hanford. (După cum am văzut, dovezile clinice în privinţa SSRI-urilor sunt amestecate.) Şi cine ştie, poate m-aş fi descurcat fără Thorazine şi imipramină şi Valium şi desipramină şi Prozac şi Zoloft şi Paxil şi Xanax şi Celexa şi Inderal şi Klonopin.

Dar nu prea cred. Ceea ce face ca asemănările noastre să fie atât de deconcertante – şi mă face să mă întreb dacă diferenţa dintre A Te Descurca (cum fac eu acum şi cum Chester Hanford a făcut sub povara anxietăţii atât de mulţi ani înainte de a se prăbuşi în cele din urmă) şi Nereuşită constă în nişte substanţe chimice ingerate care într-un mod misterios şi imperfect interacţionează cu genotipul meu şi mă ţin suspendat într-un echilibru fragil deasupra abisului.

Prima internare a străbunicului meu la Spitalul McLean a fost relativ edenică în comparaţie cu următoarele. Timp de şapte săptămâni a avut şedinţe zilnice de psihoterapie, a înotat, a jucat badminton şi cărţi, a citit cărţi şi a ascultat radioul. De asemenea, a luat diverse medicamente reprezentative pentru farmacoterapia epocii.1

În şedinţele zilnice de psihoterapie ale lui Chester, psihiatrul său a încercat să-i amplifice stima de sine şi să-i reducă anxietatea, făcându-l mai puţin rigid în gândire. Treptat, fie că a fost vorba de terapia prin vorbire, de badminton, de medicamente, de pauza de la muncă sau de trecerea timpului, anxietatea i s-a disipat. (Nu

*) A luat metiltestosteron, un steroid anabolizant administrat prin injecţie, considerat la mijlocul secolului trecut un tratament standard pentru depresie la bărbaţi; Oreton, un ţestosteron sintetic care astăzi pare să fie prescris doar băieţilor la care pubertatea întârzie; hidrat de cloral derivat de cloroetan de modă veche, din secolul

al XIX-lea, care a continuat să fie popular ca sedativ şi somnifer până la apariţia benzodiazepinelor; şi Donatal, o combinaţie puternică de fenobarbital (barbituricul din Luminai) şi hiosciamină şi atropină (ambele derivate din plante din familia otrăvitoare a solanaceelor), prescris pentru agitaţie intestinală şi nervi.

ştiu dacă e relevant, dar psihiatrul lui a pus efectul benefic pe seama injecţiilor cu ţestosteron şi exerciţiilor fizice regulate.) A fost externat la 12 aprilie, mai puţin deprimat şi fără tendinţe sinucigaşe. Dar în foaia de externare psihiatrul lui a scris prevestitor că, deşi simptomele anxietăţii s-au redus pentru moment, este probabil ca temperamentul său predispus la îngrijorare să-i dea din nou de furcă.

Un an mai târziu s-a întors şi a fost internat iar la 28 martie 1949, simţindu-se, după cum observa directorul spitalului, „tensionat, anxios, deprimat şi depreciativ faţă de sine" şi suferind de „insomnie şi de incapacitatea de se concentra asupra muncii". În ziua anterioară internării la McLean îi spusese lui Roger Lee, medicul de familie, că voia să se omoare, dar „nu avea curaj să se sinucidă". Dr. Lee l-a sfătuit să se interneze din nou.

De data asta, Chester s-a adaptat mai rapid la spitalul de psihiatrie, şi după zece zile părea deja mai relaxat în ochii personalului. Dar continua să vorbească despre aceleaşi probleme de data trecută – anxietatea, tensiunea şi dificultăţile concrete pe care le întâmpina în scrierea cursurilor şi sentimentul general de inferioritate faţă de ceilalţi profesori?

Medicii au reuşit să-l asigure „în privinţa valorii lui considerabile ca membru al comunităţii colegiului" şi în câteva săptămâni a ajuns „semnificativ mai sociabil şi mai relaxat". Psihiatrii lui credeau că această combinaţie de „eliberare de responsabilităţile muncii" şi sprijinul adus de injecţiile cu ţestosteron i-au permis să-şi recâştige relativ repede încrederea în sine, aşa că a putut să plece acasă după o lună".

9 După cum scrie psihiatrul lui, „Discutând cu el, am subliniat valoarea individuală de care a dat dovadă în munca lui la facultate. I-am arătat că ar trebui să fie mai mulţumit de realizările lui executive şi de predare. A fost astfel posibil ca atitudinea lui autocritică să se amelioreze întrucâtva”.

”) La 29 aprilie 1949, Chester s-a întors în grija soţiei sale şi a medicului de familie, dr. Lee, în dosarul lui găsindu-se observaţia că „Persistă unele semne de tensiune şi depresie, dar externarea a fost posibilă întrucât starea lui s-a ameliorat”.

Starea străbunicului meu s-a îmbunătăţit întrucâtva măcar o perioadă. S-a reîntors la facultate şi şi-a reluat responsabilităţile de predare şi munca de cercetare. Câţiva ani, se pare, s-a simţit bine şi a lucrat productiv şi eficient.

Apoi s-a prăbuşit.

La o întrunire a profesorilor de la 22 ianuarie 1953, colegii lui au observat că părea „foarte tensionat”, „deprimat” şi „tulburat”, în acea primăvară depresia lui a ajuns severă şi anxietatea s-a amplificat; nu putea să lucreze. Cel mai îngrijorător, potrivit soţiei lui, era că îşi petrecea zilele mergând prin casă „urlând” „O, Doamne, înalţă-mi sufletul”, gemea el din rărunchi. „Astăzi este sfârşitul tuturor lucrurilor, ăsta e sfârşitul tuturor lucrurilor. Nu ar fi trebuit să renunţ la mine”. Cu o senzaţie „foarte intensă că îşi pierdea autocontrolul”, a solicitat o consultaţie de urgenţă cu dr. Lee, care i-a recomandat să se întoarcă la spital. La 5 mai 1953 a fost internat la McLean pentru a treia oară în cinci ani.

În timpul primei evaluări a fost teribil de anxios şi sentimentul lui de ruşine că e anxios şi deprimat era palpabil.1 Până acum dezvoltase simptome a ceea ce am numi astăzi tulburare obsesiv-compulsivă: se spăla constant pe mâini şi se bărbierea şi îşi schimba cămaşa de mai multe ori pe zi.

Dat fiind că injecţiile cu ţestosteron păreau să-i fi ameliorat depresia în primele reprize la McLean, medicii

au reluat tratamentul cu doze mari. Totuşi, de data asta „starea de bine antrenată de ţestosteron” nu a putut să-i învingă simptomele. Psihiatrii au considerat că terapia prin vorbire şi medicamentele nu erau de ajuns pentru a-i ameliora dispoziţia.

Aşa că la 19 mai, după ce şi-a dat consimţământul, Chester Hanford a trecut prin prima rundă de terapie cu electroşocuri cu î) „Colegii lui i-au oferit sprijin recent pe parcursul bolii în ultimii cinci ani şi el nu a trebuit să îndeplinească toate responsabilităţile care i-ar fi revenit altfel, iar el ştie asta”, a observat un psihiatru. „A reprezentat de asemenea o povară destul de mare pentru soţia lui, care a trebuit să pregătească unele cursuri în locul lui”.

Kenneth Tiliotson? în cadrul fiecărei şedinţe Chester era sedat şi legat strâns de pat. Infirmierii îi ataşau electrozi pe diferite zone ale corpului şi îi puneau un căluş care îl împiedica să-şi muşte limba. După care se apăsa o manetă şi câteva sute de volţi îi treceau prin corpul care se zbătea în spasme pe pat.

După fiecare şedinţă se simţea puţin confuz şi avea o uşoară durere de cap – ambele simptome obişnuite ale terapiei cu electroşocuri. Dar la o zi după prima şedinţă le-a spus medicilor că se simţea considerabil mai bine. Câteva zile mai târziu a avut a doua rundă de tratament. După aceea, asistentele din secţia lui au observat că părea „mai relaxat, mai plăcut şi mai extrovertit”. Nu se mai gândea la problemele lui. Părea semnificativ mai puţin anxios. O săptămână mai târziu, după a treia rundă de electroşocuri, transformarea era profundă: „părea să fie bine”, dormea şi mânca şi „râdea mult”. Asistentele au spus despre el că era „mult mai puţin temător decât când venise”, că nu mai „alerga întruna să le întrebe pe asistente dacă poate să facă asta sau aia”. A început să petreacă mult timp în sala de gimnastică alături de alţi pacienţi, jucând badminton sau bowling – activităţi despre care le spusese anterior psihiatrilor că erau sub

demnitatea unui profesor de 62 de ani de la Harvard. Terapia cu electroşocuri, se pare, i-a înapoiat (sau i-a injectat) sentimentul distracţiei.

După a patra rundă de tratament, la 2 iunie, a spus că se simte „relaxat" şi că doreşte să revină la muncă. Soţia lui, care îl vizita frecvent, nu-şi credea ochilor: soţul ei părea să fie, după cum le-a spus psihiatrilor, „aşa cum era cu mulţi ani în urmă". Chester însuşi a spus personalului că se simţea „în mai mare măsură el însuşi". Pentru mine asta aduce tulburător cu ceea ce relatează Peter Kramer în *Listening to Prozac*. pacienţii puşi pe Prozac în anii '90 i-au spus că medicamentul îi făcea să se simtă „în mai mare măsură ei înşişi".

Avem în continuare o înţelegere foarte redusă a modului în care funcţionează terapia cu electroşocuri. Metaforic, electroşocurile

*) în aceeaşi perioadă, dr. Tillotson a administrat tratament cu electroşocuri şi poetei Sylvia Plath, care va descrie această experienţă în romanul *Clopotul de sticlă*.

par să funcţioneze ca funcţia Ctrl + Alt + Delete a computerului; resetează şi restaurează sistemul neuronal de operare. Statisticile rezultatelor sunt grăitoare. Deşi terapia cu electroşocuri nu a mai fost la modă în anii '70 şi '80 – parţial pentru că portretizarea de către Jack Nicholson a unui astfel de pacient în versiunea cinematografică a romanului lui Ken Kesey *Zbor deasupra unui cuib de cuci* i-a convins pe oameni că această tehnică e barbară studiile moderne arată că ratele de recuperare în urma depresiei severe pot fi mai mari prin terapia cu electroşocuri decât prin orice alt tip de terapie prin vorbire sau cu medicamente. Experienţa străbunicului meu, cel puţin pe termen scurt, pare să confirme asta.

Poate oare exista o dovadă mai elocventă a faptului că anxietatea şi depresia sunt ireductibil „încorporate" sau „materiale" în modul observat de la Aristotel încoace? La a treia vizită a lui Chester Hanford la spitalul de psihiatrie, medicii par să fi renunţat în mare la terapia prin vorbire

sau la psihanaliză pentru a-i vindeca depresia şi anxietatea; personalitatea şi caracterul său păreau prea „fixe” pentru a fi „ajustate”. Dar, pe de altă parte, curentarea creierului lui cu câteva sute de volţi – reconfigurând conexiunile – pare să fie reuşit asta. După patru tratamente cu electroşocuri, directorul spitalului a scris că Chester „prezintă o ameliorare enormă”.

La 9 iunie 1953, după aproape o lună de la internare, un Chester voios a fost externat şi adus în grija soţiei lui. Au plecat imediat în vacanţă la Mâine, unde, pentru prima oară după mulţi ani, anticipa cu bucurie apropierea noului semestru din toamnă şi a unei noi recolte de studenţi cărora să le predea.

Mi-aş fi dorit ca povestea lui Chester Hanford să se fi sfârşit pe această notă veselă. Dar anxietatea lui a revenit în timp şi a fost obligat să iasă la pensie. Pe parcursul anilor ’50 şi ’60 a fost regulat la McLean – şi, mai târziu, la Spitalul New England Deaconess din centrul Bostonului – pentru tratament cu electroşocuri. La un moment dat un cocktail prea puternic de medicamente aproape l-a omorât. O vreme de la sfârşitul anilor ’50, anxietăţile şi compulsiile lui s-au înrăutăţit atât de tare, încât medicii lui au luat în considerare leucotomia prefrontală-lobotomie parţială. (în cele din urmă a fost cruţat.)

Restul vieţii s-a cam târât. A avut perioade în care era bine – urmate de perioade în care nu era bine. Chiar şi când nu era bine putea să se adune de dragul aparenţelor. Mama îşi aminteşte de o zi de vară de la mijlocul anilor ’60 în care era planificată o petrecere la casa Hanford din vestul statului Massachusetts. Membri ai familiei şi prieteni din tot New England trebuiau să se adune în acea seară. În ziua petrecerii, din dormitorul lui Chester s-au auzit gemete tulburătoare; mamei i se făcea pielea de găină când se gândea cum o să fie când o să apară el la petrecere – şi asta dacă putea să vină. Totuşi, când s-a înserat şi a început petrecerea, el a coborât şi a fost o gazdă plină de graţie şi chiar sociabilă. Şi apoi, a doua zi,

s-a întors iarăşi în camera lui la poziţia fetală şi la gemete.

Părinţii mei îşi amintesc că Chester părea mai puţin anxios şi agitat în anii petrecuţi la azilul de bătrâni – tata bănuieşte că asta se explică prin dozele generoase de Valium care se administrau acolo. Se poate ca în cele din urmă benzodiazepinele să fi reuşit să-i tranchilizeze anxietatea. Sau poate că eliberarea de stresul muncii i-a permis să se relaxeze.

Scufundându-mă atât de adânc în psihopatologiile străbunicului meu, identificându-mă destul de puternic cu acestea, e normal – dat fiind că sunt atât de ipohondru şi predispus să-mi fac griji – că am ajuns să fiu preocupat de posibilitatea ca defectele ereditare să mă reducă şi pe mine la un veşnic plâns şi tremurat în camera mea.

Când i-am spus asta dr. W. a zis:

— După cum ştii, nu pun mare preţ pe determinismul genetic.

Am citat câteva studii recente care sugerează o componentă genetică importantă în tulburările de anxietate şi depresie.

— Bine, dar eşti la trei generaţii distanţă de străbunicul tău, a spus el. Ai doar o părticică din genele lui.

Destul de corect. Şi, în orice caz, genele şi mediul interacţionează în moduri complexe. „O reacţie moştenită [genetic] la pericolul potenţial poate fi un beneficiu sau un dezavantaj”, spune

Daniel Weinberger, coordonatorul unuia dintre primele studii pe gena *SERT*. „Ne poate aduce riscul unei tulburări anxioase sau, într-o altă situaţie, ne poate oferi un atribut adaptativ, pozitiv, cum ar fi un nivel mai înalt de vigilenţă. Trebuie să nu uităm că anxietatea este o caracteristică multidimensională complicată a experienţei umane şi că nu poate fi în niciun fel determinată de o singură genă”.

Eu şi dr. W. vorbim despre modul în care conferinţele ştiinţifice despre anxietate au pus un accent din ce în ce

mai mare pe modalitatea în care trăsăturile psihologice de reziliență și acceptare pot constitui un scut primordial împotriva anxietății și depresiei; multe dintre ultimele cercetări și metode de tratament se concentrează în special pe importanța cultivării rezilienței.

— Da! spune dr. W. Trebuie să te facem mai rezilient.

Când îi spun ce am aflat despre gena transportorului serotoninei și despre modul în care oamenii cu anumite genotipuri prezintă o probabilitate mult mai mare de a avea o viață anxioasă, nefericită și nerezilientă, dr. W. Îmi reamintește cât de tare îi displace accentul pus în prezent pe genetica și neurobiologia bolii mintale, pentru că susțin ideea că mintea este o structură fixă și imuabilă, când de fapt se poate schimba de-a lungul vieții.

— Știu, spun eu.

Am citit despre descoperirile recente în privința neuroplasticității – despre modul în care creierul uman poate continua să formeze la bătrânețe noi conexiuni neuronale. Îi spun că înțeleg importanța rezilienței pentru lupta împotriva anxietății. Dar cum, întreb eu, pot să ajung la această calitate?

— Deja ești mai rezilient decât crezi, spune el.

CAPITOLUL 10

Epocile anxietății

Studiul filosofic al ramurilor sociologiei, politicii, organizațiilor caritabile, istoriei, educației nu va ajunge niciodată la precizie și deplinătate științifică până când nu va fi absorbit, măcar într-o oarecare măsură, ideea acestei probleme a neliniștii americane.

— George Miller Beard, *American Nervousness* (*Neliniștea americană*) (1881)

În aprilie 1869, un tânăr medic din New York pe nume George Miller Beard, care publica în revista *Boston Medical and Surgical Journal*, a introdus un termen pentru a desemna ceva ce credea a fi o afecțiune nouă și specific americană pe care o văzuse la 30 dintre pacienții săi: „neurastenie” (de la *neuro* pentru „nervi” și *asthenia*

pentru „slăbiciune”). Referindu-se uneori la aceasta ca „epuizare nervoasă”, Beard a susţinut că neurastenia afecta în special membrii ambiţioşi, în ascensiune socială ai claselor urbane de mijloc şi superioare – mai ales „intelectualii din aproape toate familiile din statele din nord şi est” 1 – al căror sistem nervos era împovărat de modernizarea rapidă a civilizaţiei americane. Beard credea că el însuşi suferise de neurastenie când avea 20 şi ceva de ani, dar îşi revenise.

Născut într-un sătuc din Connecticut în 1839, Beard era fiul unui pastor congregaţionalist şi nepotul unui medic. După cursurile de la şcoala pregătitoare de la Academia Phillips din Andover, Massachusetts, s-a dus la Yale, unde a început să sufere de simptomele nervoase care îl vor apăsa în următorii şase ani şi pe care le va observa mai târziu la pacienţii săi: ţiuit în urechi, dureri de coaste, dispepsie, nelinişte, frici morbide şi „absenţă a vitalităţii”. Conform propriei relatări, suferinţa anxioasă a lui Beard a fost declanşată în principal de nesiguranţa lui în privinţa carierei pe care să o aleagă – deşi există şi dovezi că era angoasat de lipsa angajamentului religios. (Doi dintre fraţii mai mari ai lui Beard îşi urmaseră tatăl şi ajunseseră pastori; în jurnalul său îşi aduce reproşuri pentru indiferenţa în chestiuni religioase.) Totuşi, odată ce s-a hotărât să se facă medic, îndoielile l-au părăsit şi anxietatea i s-a risipit. A intrat la Facultatea de Medicină de la Yale în 1862, hotărât să-i ajute pe alţii bântuiţi de suferinţa anxioasă care înainte vreme îl afectase pe el.

Influenţat de scrierile recente ale lui Darwin despre selecţia naturală, Beard a ajuns să creadă că evoluţia culturală şi tehnologică depăşise evoluţia biologică, aducând un stres enorm asupra animalului uman – în special asupra celor din domeniul afacerilor şi profesiunilor specializate, cei mai impulsionaţi de competiţia pentru statut şi de noile presiuni ale capitalismului. Chiar dacă dezvoltarea tehnologică şi creşterea economică ameliorau bunăstarea materială,

presiunile competiţiei pieţei – alături de incertitudinea care se înstăpânea pe măsură ce realităţile familiare se prăbuşeau sub asaltul modernităţii şi industrializării – provocau un stres afectiv considerabil care consuma rezerva de „forţă nervoasă” a muncitorilor americani şi care ducea la anxietate acută şi cădere nervoasă. „În ţările mai vechi, bărbaţii calcă pe urmele taţilor, generaţie după generaţie, fără mari posibilităţi – şi astfel fără mari intenţii – de a ajunge într-o clasă socială superioară”[25], scria în 1893 în revista *New York Medical Journal* colegul lui Beard, A.D. Rockwell. „Aici, dimpotrivă, nimeni nu se mulţumeşte cu posibilitatea veşnică de a urca, şi cursa vieţii este grabnică şi fără de odihnă. Se vede astfel cu uşurinţă că principala cauză a neurasteniei în această ţară este civilizaţia însăşi, cu tot ce implică ea, cu trenul, telegraful, telefonul şi presa care intensifică de zeci de mii de ori activitatea cerebrală şi îngrijorarea”. 1

Beard credea că schimbarea permanentă, alături de goana neîncetată după realizări, bani şi statut care caracterizează viaţa americană, provoca răspândită slăbiciune nervoasă? Nelinişte a americană este produsul civilizaţiei americane”[26], scria el. SUA au inventat suferinţa nervoasă ca situaţie culturală: „Grecii erau cu siguranţă civilizaţi, dar nu sufereau de nervi, şi în limba greacă nu există niciun cuvânt pentru aceasta”[27]. Culturile antice nu sufereau de nervi, spunea el, pentru că nu aveau motoare cu aburi, presă, telegraf, ştiinţe şi activitatea mentală a femeilor: „Când civilizaţia, plus aceşti cinci factori, invadează o naţiune, aduce cu ea suferinţa nervoasă şi

---

25î) Anxietatea pare întreţesută în spiritul american - aşa cum Alexis de Tocqueville observa încă din anii 1830. „Dacă i-ai scăpa [pe oamenii care trăiesc în democraţie] de grijile care îi muncesc, ar considera viaţa fără farmec, şi se dovedesc a fi mai legaţi de grijile lor decât erau popoarele aristocratice

26d e plăcerile lor“, scria el în Despre democraţie în America (vezi trad. rom. de Magdalena Boiangiu, Beatrice Staicu şi Claudia Dumitriu, Humanitas, Bu

27c ureşti, 2017, p. 715 - n. tr.).

boala nervoasă”[28]. Beard susţinea şi că neurastenia afecta doar cele mai „avansate” rase – în special cele anglo-saxone – şi credinţe religioase; a observat că „nicio ţară catolică nu este foarte afectată de tulburări nervoase”. (Desigur, această afirmaţie este îndoielnică şi Beard nu are nicio dovadă cu care să o susţină. Pe de altă parte, ratele anxietăţii în Mexicul din prezent, o ţară în principal catolică, sunt mult mai mici decât în SUA. Un studiu realizat în 2002 de Organizaţia Mondială a Sănătăţii a descoperit că americanii au o probabilitate de patru ori mai mare de a suferi de tulburare anxioasă generalizată decât mexicanii – şi unele cercetări au descoperit că mexicanii îşi revin de două ori mai repede decât americanii în urma atacurilor de anxietate. Este interesant că atunci când mexicanii imigrează în SUA ratele lor de anxietate şi depresie cresc enorm.)

Neurastenia era un diagnostic automăgulitor, din moment ce se considera că-i afectează în special pe capitaliştii cei mai competitivi şi pe oamenii cu cea mai rafinată sensibilitate. Era o boală a elitelor; conform estimării lui Beard, 10% dintre pacienţii lui erau medici şi până în 1900 „suferinţa nervoasă” devenise o distincţie – semn deopotrivă al clasei superioare şi al rafinamentului cultural?[29]

28“) în altă parte, Beard scria că anxietatea este „modernă și își are originea în America; și nici o epocă, nici o țară și nici o formă de civilizație, nici Grecia, nici Roma, nici Spania, nici Olanda, în zilele lor de glorie, nu au avut asemenea maladii“5.

29 Cu mai mulți ani înainte, elitele din perioada georgiană - perioada de la începutul anilor 1700 până la urcarea pe tron a reginei Victoria în 1837 - adoptaseră o „cultură a tulburărilor nervoase“ asemănătoare, care reclama același tip de conotații de clasă automăgulitoare caracteristice neurasteniei americane: ideea că sistemul nervos al celor cu ascendență mai bună și cu sensibilități mai creative ar fi neobișnuit de susceptibil la ipohondrie și căderea nervoasă. Această cultură, asemenea Renașterii, avea tendința de a glorifica indivizii cu sistem nervos sensibil și de a oferi explicații medicale și psihologice pentru constituția lor delicată. Pe măsură ce anatomiștii au continuat să descifreze secretele sistemului nervos uman, oamenii de știință ai

În cărţile lui Beard sunt studii de caz şi simptomatologii elaborate care sună izbitor de contemporan pentru urechea modernă. În *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion* (*Tratat practic* despre *epuizarea nervoasă*), publicat în 1880, scrie sute de pagini despre simptomele epuizării nervoase. „Încep cu capul şi creierul", scrie el, „şi apoi cobor" 8. Lista include sensibilitatea scalpului, dilatarea pupilelor, dureri de cap, „*Muscoe Volitantes* (sau micile pete care plutesc în faţa ochilor)", ameţeală, ţiuit în urechi, voce scăzută (care „lasă de dorit în ce priveşte claritatea şi curajul tonului"), iritabilitate, amorţeală şi durere în ceafă, indigestie, greaţă, vărsături, diaree, flatulenţă („cu bolboroseli neplăcute ale intestinelor de care aceşti pacienţi se plâng foarte frecvent"), cultivau dizabilităţile nervoase. Era comună „postura nervoasă" – prezentarea propriei persoane ca victimă a propriilor nervi. Din 1777 până în 1783, James Boswell, biograful lui Samuel Johnson, a scris în fiecare lună un eseu pentru revista *The London Magazine* cu pseudonimul Hypochondriack, iar în jurnalul lui înregistra minuţios fiecare modificare subtilă din nesfârşita litanie de simptome emoţionale şi fizice. Boswell era obsedat de sistemul lui digestiv. „De azi înainte urmez prescrierea domnului [John] Locke de a-mi deşerta intestinele zilnic în mod regulat după micul dejun", scria el în jurnal la începutul lunii octombrie a anului 1764. „Este

---

acestei epoci au descris rețeaua neuronală ca sistem de fibre, sfori, țevi și coarde, aventurându-se în explicații care atribuiau funcționarea sistemului nervos hidraulicii, electricității, mecanicii și așa mai departe. Concepția esențială a tuturor acestor explicații era prăbușirea nervoasă - ideea fiind că sistemul nervos ceda când era supraîncărcat, provocând simptome mentale și fizice și adesea o epuizare generală.7 La începutul anilor 1730, defecțiunile sistemului nervos care duceau la cădere erau frecvent numite „indispoziții nervoase", ceea ce cuprindea totul, de la isterie și ipohondrie la „vapori" - plângeri mentale și fizice care în epoci mai recente ar fi numite psihonevrotice sau psihosomatice.
într-o opoziție izbitoare cu idealurile inexpresivității ulterioarei epoci victoriene, elitele britanice din secolul al XVIII-lea se bălăceau și chiar își

benefic pentru sănătate şi este foarte necesar pentru îngrijirea sănătăţii tale”. (Da, acel John Locke – cel care a scris cele *Două tratate* despre *cârmuire şi* tatăl liberalismului constituţional. Majoritatea oamenilor apelează la Locke pentru cugetări despre filosofia politică; Boswell a apelat pentru sfaturi în privinţa igienei digestive. Dacă sunteţi curioşi în ceea ce priveşte recomandările lui Locke, ei bine, şi eu am fost – aşa că am căutat asta şi uite ce am găsit în secţiunea 24 din *Some Thoughts Concerning Education* (*Cugetări despre educaţie*): „Dacă un om, după prima masă, cea de dimineaţă, se va ocupa de cele trupeşti şi se va forţa întru golirea intestinelor, va putea, în timp, prin repetiţie, să ajungă la un obicei”.

Tulburările nervoase de diferite tipuri erau considerate în acea perioadă a fi atât de răspândite, încât, în ciuda diverselor explicaţii fiziologice care li se dădeau, erau socotite în aceeaşi măsură condiţie culturală şi afecţiune medicală. Un proeminent medic britanic afirma că o treime din populaţie era „distrusă sau doborâtă de boli” 9. (în această epocă, bolile nervoase nu erau populare doar în Marea Britanie. În 1758, Joseph Raulin, medicul lui Ludovic XV al Franţei, scria că „vaporii” ajunseseră „o veritabilă plagă socială, o boală endemică în oraşele [continentului]” 10).

Înroşiri frecvente („am văzut bărbaţi foarte puternici, viguroşi, cu mare putere a muşchilor şi cu o mare capacitate de muncă fizică, care, ajunşi într-o stare de neurastenie, se înroşeau ca domnişoarele”), insomnie, sensibilitate a dinţilor şi gingiilor, alcoolism şi dependenţă de droguri, uscăciune anormală a pielii, transpiraţie a mâinilor şi picioarelor („Un tânăr aflat sub îngrijirea mea este atât de tulburat [de transpiraţie], încât ameninţă că se sinucide dacă nu este vindecat permanent”), salivare excesivă (sau, invers, uscăciune a gurii), dureri de spate, „senzaţie de greutate în şale şi membre”, palpitaţii, spasme musculare, disfagie (dificultăţi de înghiţire), crampe, tendinţa de a avea alergie la polen, sensibilitate la

schimbările vremii, „epuizare profundă”, tendinţa de a se gâdila cu uşurinţă, mâncărimi, bufeuri, frisoane, mâini şi picioare reci, paralizie temporară şi tendinţa de a sta cu gura căscată sau de a căsca. Pe de o parte, această panoplie de simptome este atât de vastă, încât nu mai are semnificaţie; toate astea sunt, mai mult sau mai puţin, simptome ale faptului de a fi în viaţă. Pe de altă parte, această litanie rezonează cu cea a nevroticului din secolul XXI – de fapt, sună foarte asemănător cu catalogul meu săptămânal de plângeri ipohondrice.

Neurastenia cuprinde şi ceea ce am numi astăzi fobie. Studiile de caz ale lui Beard variază de la fobia de fulger („Una dintre pacientele mele îmi spune că se uită tot timpul la nori în timpul verii, temându-se că s-ar putea să vină o furtună. Ştie că este absurd şi ridicol, dar declară că nu se poate abţine. În acest caz, simptomul a fost moştenit de la bunică; şi chiar şi în leagăn, după cum o informează mama ei, suferea în acelaşi mod” 11) la agorafobie („Unul dintre cazurile mele, un domn de vârstă mijlocie, putea să se plimbe pe Broadway cu uşurinţă, pentru că, spunea el, prăvăliile şi magazinele erau locuri unde s-ar putea retrage în caz de pericol. Nu ar fi putut totuşi să meargă pe Fifth Avenue, unde nu sunt magazine, şi nici pe străduţe laterale, decât dacă erau foarte scurte. Nu putea să meargă la ţară nicăieri, aşa că în timpul caniculei rămânea închis fără speranţă în oraş. O dată, mergând cu trăsura pe Broadway, când să întoarcă spre Madison Square, a ţipat îngrozit, spre uluiala pasagerilor. Omul care avea acest simptom interesant era înalt, viguros, cu o faţă rotundă şi cu capacitatea mentală de a îndura” 12), claustrofobie (frica de spaţii închise), monofobie (frica de a fi singur; „Un bărbat se temea atât de tare să iasă din casă încât i-a plătit unui om 20.000 $ să-l însoţească permanent” 13), misofobie (frica de contaminare şi compulsia de a se spăla pe mâini de 200 de ori pe zi) şi panfobie (frică de tot). Unul dintre pacienţii lui Beard avea o frică morbidă de oamenii beţi.

Până la sfârşitul secolului, limbajul şi imageria neurasteniei au pătruns adânc în cultura americană.14 Dacă nu sufereai tu de asta, sigur cunoşteai un neurastenic. Se vorbea despre asta în discursurile politice şi în slujbele religioase; erau reclame care ofereau remedii. Revistele şi ziarele publicau articole despre neurastenie. Theodore Dreiser şi Henry James şi-au populat romanele cu personaje neurastenice. Limbajul suferinţei neurastenice („depresie", „panică") s-a strecurat în discursul economic. Se părea că tulburările nervoase deveniseră starea psihologică şi situaţia culturală standard a modernităţii. Perturbate de transformările aduse de Revoluţia Industrială şi sfâşiate de inegalitatea economică a Epocii de Aur, Statele Unite aveau cel mai mare nivel de anxietate din întreaga istorie a omenirii.

Sau cel puţin asta susţinea Beard. Dar chiar aşa stăteau lucrurile?

Conform celor mai recente cifre ale Institutului Naţional de Sănătate Mintală, aproximativ 40 de milioane de americani, adică 18% din populaţie, suferă în prezent de o tulburare de anxietate clinică. Noile ediţii ale *Stress în America*, raport publicat în fiecare an de Asociaţia Americană de Psihologie, au descoperit o „naţiune excesiv de stresată" 15, în care majoritatea americanilor se autodescriu ca având un nivel „moderat" sau „înalt" de stres, procente semnificative dintre aceştia raportând simptome fizice determinate de stres, cum ar fi oboseală, dureri de cap, tulburări intestinale, tensiune musculară şi scrâşnirea dinţilor. Între 2002 şi 2006, numărul de americani care au solicitat tratament medical pentru anxietate a crescut de la 13, 4 milioane la 16, 2 milioane.16 Este mai mare numărul de americani care solicită tratament pentru anxietate decât pentru dureri de spate sau pentru migrene.17

Sondaje realizate de Asociaţia Americană pentru Anxietate şi Depresie au descoperit că aproape jumătate dintre americani raportează „anxietate persistentă sau

excesivă” în viaţa de zi cu zi. (Alte anchete au descoperit că trei din patru americani sunt de părere că slujbele sunt mai stresante în prezent decât erau în trecut.) Un studiu18 publicat în revista *American Psychologist* a descoperit că numărul persoanelor care au spus că aproape au avut o cădere nervoasă a fost cu 40% mai mare în 1996 decât în 1957. Numărul de persoane care au raportat că au resimţit simptome ale atacului de panică a fost de două ori mai mare în 1995 decât în 1980.il9 Conform unui sondaj efectuat la nivel naţional asupra studenţilor de anul I, nivelul de anxietate al studenţilor este mai mare în prezent decât în orice altă perioadă din intervalul de 25 de ani în care a fost făcut studiul. Când Jean Twenge, profesoară de psihologie la Universitatea de Stat San Diego, a analizat informaţiile din studii realizate asupra a 50.000 de copii şi studenţi între anii ’50 şi ’90, a descoperit că, în medie, un student din anii ’90 era mai anxios decât 85% dintre studenţii din anii ’50 şi că „elevii «normali» din anii ’80 raportau niveluri mai mari de anxietate decât pacienţii de la psihiatrie-pediatrie din ani ’50” 20. (Robert Leahy, psiholog la Colegiul Medical Weill Cornell, a caracterizat asta într-un mod colorat în revista *Psychology Today*: „Liceanul obişnuit din prezent are acelaşi nivel de anxietate ca pacientul mediu la psihiatrie din anii ’50” 21). Oamenii din generaţia *baby boom* sunt mai anxioşi decât părinţii lor; Generaţia X este mai anxioasă decât cei din *baby boom*; milenialii se dovedesc mai anxioşi decât Generaţia X.a

Ratele anxietăţii par să crească în toată lumea. Un sondaj efectuat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii în 18 ţări a ajuns la concluzia că tulburările de anxietate constituie în prezent cea mai

9 Ceea ce nu e surprinzător, dat fiind că atacul de panică încă nu exista oficial înainte de publicarea *DSM-Iii în* 1980.

a) Generaţia *baby boom* este constituită din oamenii născuţi după încheierea celui de-al Doilea Război Mondial;

copiii acestora sunt Generaţia X, iar milenialii sunt cei născuţi în jurul anului 2000 (n.tr.).

comună afecţiune psihică de pe planetă, depăşind din nou depresia.22 Datele statistice de la Institutul Naţional de Sănătate arată că spitalele britanice au tratat în 2011 de patru ori mai mulţi oameni decât în 2007 pentru tulburări de anxietate şi că au oferit un număr record de reţete de tranchilizante.23 Un raport publicat în 2009 de Fundaţia Britanică pentru Sănătate Mintală a ajuns la concluzia că o „cultură a fricii" 24 – caracterizată de o economie nesigură şi ameninţări hiperbolice în discursul politic şi mediatic – a determinat „niveluri record de anxietate" în Marea Britanie.

Date fiind „nivelurile record de anxietate" pe care se pare că le vedem în toată lumea, trăim azi cu siguranţă în cea mai anxioasă epocă din toate timpurile – mai anxioasă chiar decât epoca neurastenică a lui George Beard.

Cum este posibil aşa ceva? în ciuda tulburărilor economice şi a recentei recesiuni globale, trăim într-o epocă de afluenţă materială fără precedent. Nivelurile de trai din Vestul industrializat sunt, în medie, mai mari decât oricând; în statele dezvoltate, speranţa de viaţă este în general lungă şi în continuă creştere. Este mult mai puţin probabil pentru noi să murim devreme, spre deosebire de strămoşii noştri, avem un risc mult mai scăzut de a fi supuşi ororilor vărsatului de vânt, pegrei, poliomielitei, tuberculozei, rahitismului şi haitelor de lupi, ca să nu mai vorbim de provocările vieţii fără antibiotice, electricitate sau canalizare. Sub multe aspecte, viaţa este mai uşoară decât era în trecut. Nu ar trebui aşadar să fim *mai puţin* anxioşi?

Poate că într-un fel preţul – şi, cu siguranţă, sursa – progresului şi prosperităţii materiale a fost creşterea contingentului de anxietate. Urbanizarea, industrializarea, dezvoltarea economiei de piaţă, creşterea nivelului de mobilitate geografică de clasă, extinderea valorilor şi libertăţilor democraţiei – toate aceste tendinţe, singure sau

împreună, au contribuit în ultimele câteva sute de ani la ameliorarea semnificativă a calităţii materiale a vieţii pentru milioane de oameni. Dar se poate ca fiecare să fi contribuit şi la creşterea nivelului de anxietate.

Până la Renaştere nu prea exista vreun concept de progres social, politic, tehnologic sau de alt fel. Asta a făcut ca viaţa afectivă medievală să aibă un fel de resemnare care se poate să fi fost adaptativă: sentimentul că lucrurile vor fi întotdeauna la fel era deprimant, dar şi reconfortant – nu exista necesitatea de adaptare laschimbări tehnologice sau sociale; nu existau speranţe pentru o viaţă mai bună care să fi putut fi spulberate. Deşi viaţa era dominată de frica – şi aşteptarea – eternei damnări (un preot franciscan din Germania a atribuit o probabilitate de 100.000 la 1 în favoarea damnării în cazul oricărui suflet25), mintea medievală nu era consumată, ca a noastră, de speranţa avansării şi de frica declinului.

Astăzi, mai ales în democraţiile Occidentului capitalist, probabil putem face mai multe alegeri decât oricând în istorie: suntem liberi să alegem unde să locuim, pe cine să curtăm şi cu cine să ne căsătorim, în ce domeniu de muncă să ne integrăm, ce stil personal să adoptăm. „Principala problemă a americanilor este cea a alegerii” 26, scria în 1970 răposatul sociolog Philip Stater. „Americanii sunt obligaţi să facă mai multe alegeri pe zi, cu mai puţine «date», cu criterii mai ambigue, cu o mai mică stabilitate a mediului şi cu mai puţin sprijin social structural decât orice alt popor de-a lungul istoriei”. Libertatea de alegere generează o mare anxietate. Barry Schwartz, psiholog la Colegiul Swarthmore, numeşte asta „paradoxul alegerii” 27 – ideea că, pe măsură ce creşte libertatea de a alege, creşte şi anxietatea.

Poate că, într-un anumit sens, anxietatea este un obiect de lux – o emoţie pe care ne permitem să o simţim numai când nu suntem preocupaţi de frica „reală”. (Să ne amintim că William James a înaintat o versiune a acestui argument în anii 1880.) Poate tocmai pentru că europenii

medievali aveau atât de multe lucruri de care *să le fie frică* (ciuma, invaziile musulmanilor, foametea, conflictele dinastice, conflictul militar neîncetat şi moartea, întotdeauna moartea, prezentă în mod iminent – speranţa medie de viaţă în Evul Mediu era de 35 de ani şi unul din trei copii murea înainte de face cinci ani), nu prea mai aveau cum să fie *anxioşi*, cel puţin în sensul în care Freud, de exemplu, definea anxietatea nevrotică – anxietatea generată din interior faţă de lucruri de care nu avem o cauză raţională să ne temem. Poate că în Evul Mediu nu prea exista anxietate nevrotică pentru că o astfel de anxietate constituia un obiect de lux pe care nimeni nu şi-l putea permite într-o viaţă scurtă şi dificilă. În sprijinul acestui argument sunt sondaje care arată că oamenii din ţările în curs de dezvoltare au rate mai mici de anxietate clinică decât americanii, în ciuda circumstanţelor de viaţă mai dificile din punct de vedere material.

Mai mult, viaţa politică şi culturală din Evul Mediu era în mare organizată astfel încât să minimalizeze, chiar să elimine tipurile de incertitudini sociale cu care ne confruntăm în prezent. „Având încă din momentul naşterii un loc distinct, de neschimbat şi neîndoielnic în lumea socială”, observa psihanalistul şi autorul de filosofie politică Erich Fromm, „[omul din Evul Mediu] era înrădăcinat într-un întreg structurat şi astfel viaţa avea un sens care nu lăsa loc deşi nu avea nevoie să fie pus la îndoială. O persoană era identică cu rolul ei în societate; era ţăran, meşteşugar, cavaler şi nu *un individ* care *s-a întâmplat* să aibă această sau acea ocupaţie” 28. Unul din motivele pentru care viaţa din secolul XXI provoacă o anxietate atât de mare este că rolurile sociale şi politice nu mai sunt înţelese ca fiind impuse de Dumnezeu sau de natură – trebuie să ne *alegem* rolurile. Astfel de alegeri, arată cercetările, sunt stresante. Oricât ar fi mustit Evul Mediu de frică şi întuneric şi moarte, Fromm şi alţii susţin că acolo era mai puţină anxietate decât în timpurile noastre.

„Ameţeala libertăţii”, după cum a descris-o Kierkegaard, provocată de capacitatea de a face alegeri, poate avea implicaţii politice: poate genera o anxietate atât de puternică încât să creeze dorinţa intensă de întoarcere la certitudinile confortabile ale primelor legături – dorinţa intensă pentru ceea ce Fromm a numit „fuga de libertate”. Fromm susţinea că această anxietate i-a făcut pe mulţi dintre germanii din clasa muncitoare să se supună de bunăvoie în anii ’30 lui Hitler. Paul Tillich, teolog care a crescut în Germania dintre cele două războaie, a oferit o explicaţie asemănătoare, afirmând că sprijinul din ce în ce mai mare pentru nazism a pornit dintr-o reacţie la anxietate. „În primul rând era peste tot un sentiment *de frică* sau, mai exact, de anxietate nedefinită” 29, scrie el despre Germania anilor ’30. „Nu doar siguranţa economică şi politică, ci şi cea culturală şi religioasă părea să se fi pierdut. Nu mai exista nimic pe care să se poată construi; nimic nu mai avea fundaţie. O prăbuşire catastrofală era aşteptată în orice moment, în consecinţă, toată lumea tânjea după siguranţă. O libertate care duce la frică şi anxietate îşi pierde valoarea; mai bine autoritate şi securitate decât libertate şi frică”. Herbert L. Matthews, corespondent al *New York Times* din Europa interbelică, a observat la rândul lui că nazismul oferea o reducere a anxietăţii: „Fascismul era ca o închisoare în care individul avea un anumit nivel de siguranţă, adăpost şi hrană zilnică” 30. Arthur Schlesinger Jr., scriind la câţiva ani de la încheierea celui de-al Doilea Război Mondial, observa acelaşi lucru în legătură cu comunismul sovietic: „A umplut «vidul de credinţă» cauzat de disiparea religiei; a oferit un sentiment al scopului care vindecă agoniile interioare ale anxietăţii şi îndoielii” 31. În perioadele de tulburare socială, când vechile fundamente nu mai spun nimic, există pericolul ca, după cum a afirmat Rollo May, „oamenii să se agaţe de autoritarismul politic în nevoia lor disperată de atenuare a anxietăţii” 32.

Una dintre implicaţiile cercetărilor neurobiologului

Robert Sapolsky este că sistemele sociale şi politice care sunt foarte fluide şi dinamice generează mai multă anxietate decât sistemele statice. Sapolsky arată că „în 99% din istoria omenirii" societatea a fost „cel mai probabil surprinzător de neierarhizată" 33 şi, aşadar, probabil mai puţin stresantă din punct de vedere psihologic decât epoca modernă. Timp de sute de mii de ani, forma standard de organizare socială a fost tribul de vânători-culegători – iar astfel de triburi erau, judecând după ceea ce ştim despre grupurile de vânători-culegători care încă există, „remarcabil de egalitare". Sapolsky ajunge chiar să spună că inventarea agriculturii, o dezvoltare relativ recentă din parcursul istoriei omenirii, „a fost una dintre cele mai proaste mişcări făcute vreodată" pentru că a permis depozitarea hranei şi, pentru prima oară în istorie, „stratificarea societăţii şi inventarea claselor". Stratificarea a creat sărăcia relativă, făcând posibilă comparaţia invidioasă şi creând ocazia pentru anxietatea determinată de statut.

Jérôme Kagan, printre alţii, a susţinut că schimbările istorice ale naturii societăţii umane au dus la nepotriviri între configuraţia noastră evoluţionistă şi valorile culturale moderne. Calităţi ca timiditatea excesivă, prudenţa şi teama de ce spun ceilalţi, care ar fi fost adaptative din punct de vedere social în comunităţile umane timpurii, sunt mult „mai puţin adaptative într-o societate din ce în ce mai competitivă, mobilă, industrializată, urbană decât ar fi fost aceste trăsături în urmă cu câteva secole, într-o economie rurală, agricolă, de sate şi oraşe" 34, scrie Kagan. În culturile preliterate, toţi membrii comunităţii împărtăşeau în general aceleaşi valori şi surse ale semnificaţiilor. Însă începând aproximativ din secolul al V-lea î.Hr., oamenii au început să trăiască în număr din ce în ce mai mare în comunităţi de străini cu valori diferite – tendinţă hiperaccelerată în Renaştere şi din nou în timpul Revoluţiei Industriale. Drept urmare, mai ales din Evul Mediu încoace, „un alt tip de sentiment inconfortabil a fost

evocat prin reflectarea asupra adecvării propriilor abilităţi sau propriului statut şi asupra validităţii propriilor premise morale", susţine Kagan. „Aceste sentimente, care au fost numite anxietate, au ajuns în poziţia de emoţie alfa în ierarhia afectelor umane". Poate că organismele umane nu sunt echipate să trăiască viaţa aşa cum a fost ea structurată în ultima vreme – un joc cu sumă nulă în care ce câştigă cineva se ia de la altul, în care „competiţia nevrotică" a înlocuit solidaritatea şi cooperarea. „Individualismul competitiv militează împotriva experienţei comunităţii, iar lipsa comunităţii este un factor esenţial pentru anxietatea contemporană" 35, susţinea Rollo May în 1950.

În 1948, când W.H. Auden a câştigat Premiul Pulitzer pentru *The Age of Anxiety* (*Epoca anxietăţii*), poemul în şase părţi care ilustrează omul în derivă („la fel de liber ca puful de păpădie") într-o lume industrială lipsită de certitudini, anxietatea părea să fi părăsit tărâmul psihiatriei pentru a deveni o afecţiune culturală generală. În anii '50, când America tocmai ieşise câştigătoare din al Doilea Război Mondial, lista de bestselleruri era deja plină de cărţi despre ameliorarea tulburărilor nervoase. Pe urmele bestsellerului din 1948 al lui Dale Carnegie, *How toStop Worrying and Start Living* (*Lasă grijile, începe să trăieşti*), veneau năvală cărţi cu titluri ca *Relax and Live* (*Relaxează-te şi trăieşte*), *How to Control Worry and Cure Your Nerves Yourself* (*Cum să-ţi controlezi îngrijorarea şi să te vindeci singur de nervi*) şi *The Conquest of Fatigue and Fear* (*Cucerirea oboselii şi fricii*), ceea ce sugerează că America era în ghearele a ceea ce un istoric al societăţii numea „o cădere nervoasă naţională". La 31 martie 1961, articolul principal din *Time* (cu imaginea tabloului *Ţipătul* al lui Edvard Munch) declara că această epocă „este considerată în mod aproape universal drept Epoca Anxietăţii". Listele de bestselleruri britanice şi americane din anii '30, o perioadă mult mai instabilă, erau populate în mod asemănător cu cărţi de autoajutorare despre

„tensiune” şi „nervi”. *Conquest of Nerves*: *The Inspiring Record of a Personal Triumph over Neurasthenia* (*Cucerirea nervilor*: *relatarea inspiraţională a unui triumf personal asupra neurasteniei*) a avut mai multe ediţii în 1933 şi 1934. *You Must Relax*: *A Practical Method of Reducing the Străine of Modern Living* (*Trebuie să te relaxezi*: *o metodă practică de reducere a presiunilor vieţii moderne*), o carte scrisă de un medic american pe nume Edmund Jacobson, a ajuns pe primul loc al listei *New York Times de* bestselleruri din 1934.

Când a făcut legătura între anxietate şi incertitudine, Auden s-a încadrat într-o lungă tradiţie istorică şi în acelaşi timp a anticipat neuroştiinţele moderne. Una dintre primele utilizări ale cuvântului „anxietate” în engleză îl asocia cu incertitudinea cronică: Richard Flecknoe, medic şi poet din secolul al XVII-lea, scria că persoana anxioasă „este preocupată de orice” sau este „o persoană nehotărâtă” care „ezită în privinţa oricărei alegeri ca o balanţă goală, fără greutate de măsură care să încline într-o parte. […] Când începe să delibereze nu mai isprăveşte” 36. (Prima definiţie a „anxietăţii” din *Dicţionarul Oxford* este „nelinişte în legătură cu un eveniment *incert* [sublinierea mea].) Studii neurobiologice recente au dezvăluit că incertitudinea activează circuitele cerebrale ale anxietăţii; amigdala persoanelor cu anxietate clinică este neobişnuit de sensibilă la incertitudine. „Intoleranţa incertitudinii pare a fi procesul central implicat în nivelurile înalte de îngrijorare” 37, a scris Michel J. Dugas, psiholog la Universitatea Penn State. Pacienţii cu tulburare anxioasă generalizată „sunt foarte intoleranţi la incertitudine”, spune el. „Eu folosesc metafora «alergiei» la incertitudine […] pentru a-i ajuta să conceptualizeze relaţia lor cu incertitudinea”. Între 2007 şi 2010, numărul de articole din presă în care apărea cuvântul „incertitudine” a crescut cu 31 %.38 Nu e de mirare că suntem atât de anxioşi.

Doar că suntem poate relativ mai puţin anxioşi decât

credem. Fiindcă, dacă te uiţi suficient de departe în istoria culturală a tulburărilor de nervi şi a melancoliei, afirmaţia fiecărei noi generaţii de a fi cea mai anxioasă începe să sune ca afirmaţiile generaţiilor care au precedat-o şi care au urmat-o. Când medicul britanic Edwin Lee a susţinut în *A Treatise on Some Nervous Disorders* (*Tratat despre unele tulburări nervoase*) din 1838 că „simptomele nervoase sunt astăzi mai răspândite decât oricând înainte şi decât oriunde altundeva” 39, aduce nu numai cu George Miller Beard de după el, ci şi cu medicul britanic Thomas Trotter de dinaintea lui. „La începutul secolului al XIX-lea, nu ezităm să afirmăm că tulburările de nervi […] pot fi acum considerate pe drept cuvânt ca alcătuind două treimi dintre toate afecţiunile societăţii civilizate” 40, scria Trotter în *A View of the Nervous Temperament* (*Consideraţii asupra temperamentului nervos*), publicată în 1807? Cu 80 de ani înainte de Trotter, George Cheyne, cel mai proeminent „doctor de nervi” al acelei epoci, susţinea că „simptomele atroce şi groaznice” 41 ale afecţiunii nervoase pe care le numise „maladia englezească” „abia dacă le erau cunoscute strămoşilor noştri, şi niciodată nu ajungeau la asemenea înălţimi fatale şi nici nuâm bolnăveau atât de mulţi oameni şi orice altă naţiune”.

9 Trotter avertiza că o „epidemie” de tulburări nervoase ameninţa nu numai „caracterul naţional” al Marii Britanii, ci şi siguranţa ei naţională, din moment ce într-o stare de slăbiciune cetăţenii britanici erau numai buni să fie invadaţi şi cuceriţi. (Fricile lui Trotter legate de epidemia naţională de slăbiciune nervoasă erau amplificate de Napoleon, care organiza raiduri de-a lungul continentului.)

”) Cheyne a afirmat că o treime a populaţiei britanice suferea de afecţiunea nervoasă cunoscută ca „spleen”, „vapori” sau „ipohondrie” – ceea ce astăzi ar intra în *DSM* sub umbrela tulburărilor anxioase sau depresive.

Unii istorici au identificat originea anxietăţii moderne în cercetările din secolul al XVII-lea ale eruditului de la

Oxford Robert Burton? Burton nu era medic şi îşi părăsea arareori biblioteca, într-atât a fost de ocupat timp de zeci de ani cu lecturi uluitor de vaste şi cu însemnările la tomul-mamut *Anatomia melancoliei*, iar influenţa lui asupra literaturii şi psihologiei occidentale a fost durabilă. Sir William Osler, inventatorul sistemului medical de rezidenţiat şi unul dintre cei mai influenţi medici de la sfârşitul secolului al XIX-lea, a numit *Anatomia melancoliei* „cel mai mare tratat medical scris vreodată de un laic”. John Keats, Charles Lamb şi Samuel Taylor Coleridge au preţuit cu toţii acest tratat şi s-au inspirat din el. În ceea ce-l priveşte, Samuel Johnson i-a spus lui James Boswell că era „singura carte care a reuşit vreodată să-l convingă să se dea jos din pat cu două ore mai devreme decât avea de gând”. Terminată în 1621, când Burton avea 44 de ani, şi apoi revizuită şi extinsă de mai multe ori în decursul următorilor 17 ani, *Anatomia melancoliei* este o lucrare epică de sinteză care se întinde de-a lungul întregii istorii, literaturi, filosofii, ştiinţe şi teologii de până atunci. Publicată iniţial în trei volume, lucrarea s-a mărit pe măsură ce Burton a meşterit la ea şi i-a adus adăugiri (şi apoi alte adăugiri) în anii de dinaintea morţii sale din 1640; cartea pe care o am eu, un volum broşat din ediţia a şasea, are 1.382 de pagini cu corp de literă foarte mic.

O mare parte din ce scrie Burton este absurd, contradictoriu, plictisitor, în latină sau toate de mai sus. Dar e plină şi de bună dispoziţie, pesimism întunecat şi înţelepciune consolatoare în privinţa condiţiei umane (e uşor de înţeles de ce îl pasiona atât de tare pe Samuel Johnson), iar în călătoriile sale exuberante prin ceea ce pare a fi tot ce s-a scris vreodată a reuşit să adune toată cunoaşterea omenirii despre melancolie într-o singură carte şi să le ofere

(Să observăm că Cheyne susţine că în anii 1730 exista în Marea Britanie un număr de afecţiuni anxioase comparabil cu estimările din prezent ale Institutului Naţional de Sănătate Mintală în privinţa Americii.)

9 Citind rapoarte ale altor scriitori, Burton susţinea că frecvenţa melancoliei – care includea deopotrivă diagnosticele moderne de anxietate şi depresie – era „atât de obişnuită în epoca noastră nebună, încât doar unul din o mie nu e afectat de ea”.

viitorilor scriitori şi gânditori terenul pe care să opereze. Este evident că la baza cărţii a stat propria depresie şi, ca în cazul *Confesiunilor* Sfântului Augustin şi *Interpretării viselor* a lui Freud, înţelegerea nu este extrasă doar din mărturia unor experţi, ci din introspecţie. „Alţi oameni îşi obţin cunoaşterea din cărţi” 42, scrie el. „Eu o obţin din melancolie”. Desigur, o mare parte din cunoaşterea lui Burton provine din cărţi – citează mii – şi o parte din ceea ce face atât de interesantă această carte este capacitatea lui Burton de a-şi obiectiva propria experienţă.[30]

Deşi anumite părţi din cartea lui Burton erau deja învechite şi ridicole când a publicat-o, unele dintre intuiţiile şi observaţiile lui sunt destul de moderne. Descrierea sa precisă din punct de vedere clinic a atacului de panică este confirmată de *DSM-V*: „Multe efecte deplorabile a provocat această frică oamenilor, printre care roşeaţa pielii, paloarea, tremurul, transpiraţia; ea face corpul să se răcească brusc, şi în clipa următoare

---

30a nxietatea aduce insomnie și insomnia aduce o anxietate și mai mare - va recunoaște corectitudinea clinică a descrierii lui Plutarh. Pentru omul deprimat, scrie el, „orice rău mic este amplificat de spectrul înfricoșător al anxietății sale [...]. în somn sau în starea de veghe este bântuit deopotrivă de spectrele spaimei. Treaz, nu se folosește de rațiune, iar în somn nu se bucură de răgaz pentru griji. Rațiunea îi este veșnic adormită; fricile îi sunt veșnic treze. Nicăieri nu poate găsi scăpare de terorile imaginate“.
Plutarh nu era medic - dar Galenus, care s-a născut la scurtă vreme după moartea lui Plutarh, era. Descriind o epidemie de anxietate care sună remarcabil de modem, Galenus a scris că a văzut „tremor în inima tinerilor sănătoși și adolescenți nevolnici și slăbiți de anxietate și depresie“ și pacienți „care dormeau puțin, agitat și întrerupt, cu palpitații și vertij“ și „triști, neliniștiți, timizi și convinși că erau persecutați“.

fierbinţeala îl copleşeşte cu totul, are palpitaţii, leşinuri etc” 44. Şi iată o descriere îndeajuns de bună a ceva ce astăzi ar fi diagnosticat ca tulburare anxioasă generalizată: „Mulţi oameni sunt atât de uluiţi şi înmărmuriţi de frică, încât nu ştiu unde sunt, ce spun, ce fac şi, cel mai rău, îi torturează multe zile până atunci cu frici şi suspiciuni neîncetate. împiedică încercările cele mai onorabile şi le face inima îndurerată, tristă şi grea. Cei ce trăiesc în frică nu sunt niciodată liberi, hotărâţi, siguri, nu sunt niciodată voioşi, ci veşnic în durere: precum a spus Vives, *Nulla est mizeria maior quam metus*, nu există suferinţă mai mare, chin mai mare sau tortură care să i se asemene; veşnic suspicioşi, anxioşi, neliniştiţi, îşi pierd nădejdea asemenea copiilor, fără motiv, fără judecată, mai ales dacă se arată vreun lucru înfricoşător, după cum spune Plutarh” 1145.

Burton adună sute şi sute de teorii ale anxietăţii şi depresiei, dintre care multe se contrazic unele pe celelalte, dar în cele din urmă tratamentul pe care îl recomandă poate fi rezumat la exerciţii regulate, şah, băi, lecturi, ascultarea muzicii, folosirea laxativelor, alimentaţia sănătoasă, moderaţia sexuală şi, mai presus de toate, ocuparea timpului. „Nu există cauză mai mare a melancoliei decât pierderea vremii, nu e leac mai bun decât să-ţi afli o îndeletnicire” 46, scrie el, citându-l pe medicul arab Rhasis. Adunând înţelepciunea epicurienilor şi stoicilor (şi, din Orient, a budiştilor), el recomandă moderarea ambiţiei şi acceptarea propriei căi spre fericire: „Dacă oamenii nu s-ar încumeta la mai mult decât pot duce ar avea o viaţă de mulţumire şi, învăţând să se cunoască pe ei înşişi, şi-ar limita ambiţia; ar afla că natura are îndeajuns fără a căuta lucruri neînsemnate şi neprofitabile care nu aduc nimic altceva decât durere şi împovărare. Aşa cum trupul gras este mai supus bolilor, la fel sunt supuşi cei bogaţi lucrurilor absurde şi prosteşti, pierderilor multe şi neplăcerilor potrivnice” 47.

Încercarea de a compara direct nivelurile de anxietate ale unor epoci diferite este nebunie curată.

Lăsând deoparte informaţiile şi statisticile din prezent despre nivelurile în creştere şi în scădere ale consumului de tranchilizante, nu există o măsurătoare magică a anxietăţii care să poată depăşi specificul cultural al locului şi timpului pentru a evalua obiectiv nivelul de anxietate – care, la fel ca orice emoţie, este într-un anumit sens ceva inerent subiectiv şi determinat cultural. Dar dacă anxietatea este o descendentă a fricii, şi dacă frica este un impuls evoluţionist care are scopul de a susţine supravieţuirea speciei, atunci anxietatea este cu siguranţă la fel de bătrână ca specia umană. Oamenii au fost întotdeauna anxioşi (chiar dacă anxietatea este reprezentată în moduri diferite în culturi diferite); un procent relativ stabil dintre noi au fost întotdeauna mai anxioşi decât alţii. Imediat ce creierul a avut capacitatea să evalueze viitorul a avut capacitatea de a se teme de viitor. Capacitatea de a planifica, capacitatea de a imagina viitorul – odată cu acestea vine capacitatea de îngrijorare, groaza de viitor. Sufereau oamenii de Cro-Magnon de tulburări intestinale când prădătorii dădeau târcoale peşterii? Le transpirau palmele primilor hominizi şi li se usca gura când interacţionau cu membri ai tribului care aveau un statut mai înalt? Au existat oameni ai peşterilor agorafobiei sau oameni de Neanderthal care să fi îndurat anxietatea de performanţă sau frica de înălţimi? îmi imaginez că au existat, din moment ce aceşti proto-Horzw *sapiens* au fost produsul aceleiaşi evoluţii care a generat propria noastră capacitate de anxietate şi aveau un echipament fiziologic identic sau asemănător de frică.

Ceea ce sugerează că anxietatea este o parte inerentă a condiţiei umane. „În zilele noastre vedem încă principalele ameninţări ca venind din partea colţilor şi ghearelor unor inamici concreţi, când de fapt sunt în general psihologice şi, în cel mai larg sens, spirituale – adică sunt determinate de lipsa de sens” 48, scria Rollo May în 1977 în prefaţa la ediţia revizuită a cărţii sale *The Meaning of Anxiety*. „Nu mai suntem prada tigrilor şi

mastodonţilor, ci a vătămărilor stimei de sine, ostracizării de grupul nostru sau ameninţării înfrângerii în lupta competiţiei. Forma anxietăţii s-a schimbat, dar experienţa rămâne relativ aceeaşi".

Partea a V-a

SALVARE ŞI REZILIENTĂ *9 9*

CAPITOLUL 11 Salvare

Capacitatea de a tolera anxietatea este importantă pentru autoactualizarea individului şi pentru cucerirea mediului său. [...] Autoactualizarea este atinsă doar cu preţul înaintării în ciuda unor astfel de şocuri. Acesta este semnul utilizării constructive a anxietăţii.

— Kurt Goldstein, *Human Nature in the Light of Psychopathology* (*Natura umană în lumina psihopatologiei*) (1940)

Când aveam zece ani am început să merg la psihiatru o dată sau de două ori pe săptămână şi fac asta de 25 de ani. Dr. L. a fost psihiatrul care, când m-au dus la Spitalul McLean ca un băieţel de zece ani întru totul fobie, mi-a administrat testul Rorschach. Când m-am apucat să fac terapie cu el la începutul anilor '80, avea aproape 50 de ani, era înalt şi subţire, cu un început de chelie şi o barbă în stilul freudian clasic. De-a lungul anilor, barba a dispărut şi a reapărut de câteva ori şi şi-a pierdut şi mai mult din părul care, în timp, a ajuns şaten grizonant şi apoi alb. Şi-a mutat cabinetul din primul loc (unde stătea împreună cu prima soţie) în altul (unde s-a instalat cu a doua soţie) şi apoi în al treilea (pe care îl închiria de la un oftalmolog) şi în al patrulea (unde, în conformitate cu deplasarea lui în direcţia New Age, împărţea camera de aşteptare cu un salon de masaj şi unul de epilare) şi, în sfârşit, ultima dată când am fost la el, într-o clădire din Cape Cod, cu vedere la ocean (unde îşi mutase cabinetul care era din nou în casa unde locuia).

Instruit la Harvard în anii '50 şi la începutul anilor '60, dr. L. a ajuns la vârsta maturităţii profesionale în ultimele zile de glorie ale psihanalizei, când freudismul

încă era dominant. Când l-am întâlnit prima oară pe dr. L, credea deopotrivă în medicamente şi în concepte freudiene ca nevroza şi refularea, complexul Oedip şi transfer. Primele noastre şedinţe de la începutul anilor ’80 au fost pline de teste Rorschach, asociaţii libere şi discuţii despre primele amintiri din copilăria mea timpurie. Ultimele noastre şedinţe de la jumătatea anilor 2000 s-au centrat pe jocul de rol şi pe „energie”; a petrecut de asemenea mult timp din acei ultimi ani încercând să mă convingă să mă înscriu la un program special de yoga care astăzi se confruntă la tribunal cu mai multe acuzaţii că ar fi un cult care spală creierul membrilor.

Iată nişte lucruri pe care le-am făcut în şedinţele de pe parcursul a 25 de ani: ne-am uitat la cărţi cu desene (1981); am jucat table (1982 – 1985); am aruncat cu săgeţi la ţintă (1985 – 1988); am făcut experimente sporadice cu metode psihoterapeutice noi de o coloratură din ce în ce mai New Age, ca hipnoza, comunicarea facilitată, desensibilizare şi reprocesare prin mişcări oculare, terapia centrată pe copilul din interior, terapie prin sisteme de energie şi terapia sistemelor familiale interne (1988 – 2004). Se pare că am fost beneficiarul, şi poate victima, fiecărei noi tendinţe psihoterapeutice şi psihofarmacologice.

Cu câţiva ani în urmă, când m-am apucat de cercetarea pentru această carte, am decis să-l caut pe dr. L. pentru un interviu. Lăsând deoparte incapacitatea lui de a mă vindeca, cine ar fi fost mai în măsură să mă ajute să-mi înţeleg anxietatea decât omul care a depus eforturi timp de zeci de ani ca să mă trateze? Aşa că i-am scris pentru a-i spune la ce lucrez şi pentru a-l întreba dacă ar fi de acord să-i iau un interviu despre numeroşii ani de terapie cu el şi să ne uităm pe vechile mele dosare pe care le mai avea. A spus că nu mai avea dosarele mele, dar că i-ar face plăcere să vorbim. Aşa că într-o după-amiază rece de sfârşit de noiembrie am condus din Boston prin Cape Cod până în Provincetown, acum pustiu, în afara sezonului.

Trecuseră mai bine de cinci ani de când ne văzuserăm sau vorbiserăm ultima oară şi eram anxios (bineînţeles) în privinţa modului în care va decurge întâlnirea. Doream să păstrez o aparenţă de jurnalist – şi să nu cad în vechile obiceiuri de dependenţă din relaţia cu el (fusese o figură paternă timp de 25 de ani) –, aşa că am luat mai întâi un Xanax şi m-am gândit pentru o clipă să trec pe la un magazin de băuturi pentru o duşcă sedativă de vodcă?

Mă aştepta pe terasa care dădea spre ocean, mi-a făcut semn cu mâna şi m-a poftit să urc scările spre cabinetul lui, unde m-a întâmpinat călduros, chiar dacă puţin precaut, întrebându-se, presupun, dacă nu cumva venisem în căutare de probe pentru un proces de malpraxis. (Corespondenţa prin e-mail care precedase această întâlnire despre dosarele mele şi celelalte lucruri părea formulată atent, ca şi cum fusese verificată de un avocat.) Avea atunci aproape 80 de ani şi era încă suplu şi sprinten şi părea mai tânăr. Ne-am aşezat şi l-am pus la curent cu ce mai făcusem în ultimii câţiva ani, după care am început să vorbim despre anxietatea mea.

L-am întrebat ce-şi amintea despre cazul meu de când mă prezentasem prima oară la spitalul de psihiatrie, cu mai bine de două decenii în urmă.

— Îmi amintesc destul de clar, a spus el. Erai un copil foarte tulburat.

L-am întrebat despre emetofobia mea, care izbucnise deja în plină forţă până să fac zece ani.

— Aveai un scenariu fantasmatic în care să vomiţi însemna să ţi se destrame corpul, a spus el. Părinţii tăi nu te ajutau să testezi realitatea, aşa că ai fuzionat cu fobia.

Îşi amintea cum el şi echipa de la spitalul de psihiatrie au interpretat testul Rorschach? Mă dusesem recent la arhiva Spitalului McLean să întreb dacă se mai putea găsi primul meu dosar de evaluare, dar fusese mutat în altă parte cu ani în urmă şi nimeni nu a mai reuşit să dea de el. Singura imagine care mi-a venit în minte a fost că arătam ca un liliac rănit, cu aripile zdrelite, incapabil să

scape din peşteră.

— Asta probabil are de-a face cu sentimentele tale de a fi abandonat şi învăluit, a spus dr. L. Un sentiment de lipsă de siguranţă şi vulnerabilitate enormă.

9 Faptul că doar m-am gândit la asta sugera, desigur, că deceniile de terapie cu dr. L. nu au fost foarte eficiente; dependenţele mele sunt acum de substanţe.

L-am întrebat care era, în opinia lui, motivul acelei vulnerabilităţi.

— Era vorba de mulţi factori cauzali. Ştiam că părinţii aveau deficienţe.

A vorbit mai întâi despre tata, pe care îl cunoştea foarte bine, dat fiind că a făcut terapie cu el când mama l-a părăsit pentru directorul firmei de avocatură la care lucra?

9 Asta, apropo, a dus la o reţea complexă de conflicte de interese. În duminica din toamna anului 1995 în care mama l-a anunţat că vrea să divorţeze, tatăl meu, disperat să salveze relaţia, a încetat pentru prima dată după mulţi ani să mai bea şi, într-un gest cu totul contrar firii sale, a fost de acord cu terapia de cuplu de urgenţă. Mult timp până atunci, tata, deşi plătea şedinţele mele şi ale surorii mele, a dispreţuit psihoterapia. „Cum a fost lecţia de damblageală?” întreba batjocoritor când mă întorceam de la o şedinţă. Făcea asta atât de des, încât formula a intrat în limbajul obişnuit al familiei şi, în cele din urmă, eu şi sora mea vorbeam fără ironie despre lecţiile noastre de damblageală. („Mamă, poţi să mă duci la lecţia de damblageală de miercuri?”) în 1995, dr. L. Îşi deschisese de curând un cabinet – împreună cu noua sa soţie, asistenta G. – de consiliere de cuplu. Aşa că părinţii mei au început să se ducă la dr. L şi asistenta G. (la rândul ei asistentă socială acreditată) pentru terapie intensivă de cuplu. Ceea ce nu ar fi fost o problemă dacă eu – pe atunci în vârstă de 20 şi ceva de ani – nu aş fi continuat să fac terapie cu dr. L. Astfel încât şedinţele au început să decurgă cam aşa:

— Ce mai faci?

— Bine, am avut o săptămână destul de grea. Am avut un atac de panică…

— Ce mai fac părinţii tăi?

— Poftim?

— Ai vorbit cu mama ta sau cu tatăl tău în ultimele câteva zile? A spus mama ta dacă se vede în continuare cu Michael P?

Întâmplător, mama *chiar se* vedea cu Michael P. şi la scurt timp s-au mutat împreună.

Rătăcit după plecarea mamei, tata a început să se ducă la dr. L. pentru terapie individuală. Acum, dr. L. putea la fel de bine să fie pe nota de plată a familiei. Făcuse şase luni de consiliere maritală cu părinţii mei, avea şedinţe săptămânale cu tata şi făcea terapie şi cu mine. Ca plasa psihopatologiei să fie şi mai incestuoasă, mama începuse să se ducă la asistenta G. pentru terapie.

— Când erai mic, tatăl tău avea un „cunoscător” foarte puternic, o parte a personalităţii lui înclinată să judece. Nu prea tolera comportamentul anxios. Anxietatea ta îl făcea să explodeze de furie. Nu era deloc empatic. Când tu erai anxios, te judeca şi-şi dorea să repare asta. Nu putea pur şi simplu să o tolereze. Nu putea să te liniştească.

Dr. L. s-a oprit un moment.

Şedinţele mele de terapie cu dr. L ajunseseră să fie dominate de întrebările lui despre noul său pacient-vedetă, tata. Nu-l puteam învinovăţi pe dr. L. pentru că-l considera pe tata un pacient mai interesant. La urma urmei, pe mine mă vedea de 15 ani, iar cu tata se întâlnea de câteva luni. Faptul că putea vorbi cu tata despre relaţia lui cu mine şi cu mine despre relaţia mea cu tata cu siguranţă că îi oferea doctorului L. O fascinaţie de tip *Rashōmon* [referinţă la filmul lui Akira Kurosawa în care aceeaşi întâmplare este povestită din perspective diferite şi contradictorii – n.tr.]. Tata se ducea la el, mama se ducea la soţia lui, mama şi tata se duceau împreună la el şi soţia lui şi eu mă duceam la el – un joc caleidoscopic de telefon

fără fir în familie, cu dr. L. şi asistenta G. la butoane.

Tata a început să facă terapie când separarea îl dărâmase emoţional şi când era profund zdruncinat şi bea enorm. A încheiat terapia la mai puţin de doi ani, fericit, productiv, recăsătorit şi considerat (de el însuşi şi de dr. L.) mult mai „autoactualizat" şi „autentic" decât fusese. A urmat cu întreruperi terapia cu dr. L. vreme de 18 luni. În timp ce eu intram în al 19-lea an de terapie cu dr. L. şi eram la fel de anxios ca întotdeauna.

Acum câţiva ani, soţia mea l-a întrebat pe tata ce s-a întâmplat când a finalizat terapia cu dr. L. Îi spusese atunci dr. L. ceva despre mine? Da. Dr. L., îşi amintea tata, îi spusese că nu eram deloc pregătit să închei terapia şi că aveam „probleme serioase" pentru care îmi trebuia ajutor.

Ceea ce, presupun, era foarte adevărat. Dar nu cumva una dintre aceste probleme era faptul că propriul meu tată – ale cărui evaluări critice dure în privinţa vieţii şi muncii mele făcute de-a lungul anilor au contribuit probabil la reducerea stimei mele de sine – a confirmat încă o dată inferioritatea şi incompetenţa mea generală împrumutându-mi terapeutul şi progresând rapid de la caz temporar de ţicneală la persoană vindecată, în timp ce eu lâncezeam în stagnarea purgatoriului nevrotic? Când tata a încheiat terapia m-am simţit ca un elev pe lângă care fraţii mai mici au trecut rapid şi au ajuns în clasa de avansaţi: tata, care a început terapia ani (zeci de ani!) după mine, a reuşit imediat să absolve cu felicitări, în timp ce eu, blocat în cursurile ajutătoare, repetam clasa a treia pentru a 19-a oară.

— Nu putea să se liniştească nici pe el. Se judeca pentru că era anxios. În mintea lui, anxietatea e slăbiciune. îl înfurie.1

Şi despre mama?

— Era ea însăşi prea anxioasă pentru a te ajuta eficient să te descurci cu propria anxietate, a spus dr. L. Şi-a organizat viaţa în jurul încercării de a nu fi anxioasă. Aşa că atunci când *tu* erai anxios, şi *ea* devenea anxioasă. Într-

o astfel de unitate părinte-copil, copilul preia anxietatea părintelui, dar nu ştie de unde vine. Anxietatea ei a devenit a ta, tu nu ai putut să o tolerezi şi ea nu te-a putut ajuta. Aveai probleme cu „constanţa obiectelor”. Nu ai putut forma o imagine internă a părinţilor tăi. Ori de câte ori erai departe de ei nu aveai cum să nu te gândeşti că poate te-au abandonat. Părinţii tăi nu au putut niciodată să stea liniştiţi îndeajuns cât să te asigure că încă erau pe lumea asta.11

Furia tatălui meu. Unul dintre momentele întunecate ale copilăriei mele este acesta: într-o noapte, când aveam 14 ani, m-am trezit la trei dimineaţa într-una din crizele mele de panică şi ţipete. Auzind că plâng, tata s-a năpustit în camera mea, cu mama pe urmele lui, şi a început să mă lovească şi să-mi spună să tac. Asta m-a făcut să plâng şi mai tare.

— Eşti o javră, o javră mică şi jalnică! a urlat el şi m-a luat pe sus şi m-a aruncat.

M-am lovit de perete şi am căzut la podea. De acolo, sughiţând de plâns, l-am văzut pe tata cum mă privea de sus şi am văzut-o pe mama impasibilă în pragul uşii. Am tendinţa de a mă simţi singur chiar şi când sunt înconjurat de familie şi prieteni; în acel moment m-am simţit mai singur decât oricând până atunci sau de atunci înainte. (Pentru a confirma această amintire, o notă din jurnalul tatălui meu pe care a început să-l scrie după ce l-a părăsit mama şi pe care a avut bunăvoinţa să mi-l arate acum câţiva ani: „Totuşi, pe la 11 ani, Scott a început să fie foarte anxios şi avea în special o fobie de vărsături. A început să manifeste unele anomalii comportamentale pe care Anne le-a observat şi pe care eu le-am negat. Anne avea dreptate şi dr. Sherry [psihiatru de copii], criticând acerb orbirea mea psihologică, a recomandat o evaluare la McLean. Acest proces a făcut ca Scott să înceapă o psihoterapie pe termen lung cu dr. [LJ. La început însă a fost groaznic. Starea lui Scott se înrăutăţise şi noaptea nu putea să doarmă. Trebuia să ia Thorazine şi imipramină.

Din frustrare, am fost adesea abuziv verbal şi chiar fizic”.)

u) Asta corespunde conceptului de bază de siguranţă din teoria ataşamentului a lui Bowlby şi Ainsworth.

Dr. L. a spus că, în opinia lui, anxietatea de separare era menţinută de faptul că mama era hiperprotectoare.

— Mesajul pe care l-ai primit din partea mamei tale era *Nu poţi să suporţi – nu-ţi asuma riscuri, pentru că anxietatea ar fi copleşitoare*.

I-am spus că asta sună ca şi cum el ar atribui anxietatea mea în principal problemelor psihodinamice – relaţiei pe care am avut-o cu părinţii. Dar oare cercetările moderne nu sugerează că vulnerabilitatea la anxietate este în mare parte genetică? Cercetările lui Jérôme Kagan, de exemplu, nu fac legătura între gene şi temperament şi între temperament şi anxietate, sugerând că tendinţa anxioasă este configurată de genom?

— Uite, poate că „temperamentul inhibat” a înrăutăţit lucrurile pentru tine, a spus el. Dar cred că şi dacă nu ai avea acest tip de temperament determinat genetic personalitatea mamei tale tot ţi-ar crea probleme. Nici ea, nici tatăl tău nu ţi-au oferit ce aveai nevoie. Nu te puteai linişti singur. Da, există dovezi că ai probleme neurochimice provocate de gene. Iar personalitatea mamei tale nu era deloc bună pentru temperamentul tău. Dar o genă care te predispune la o boală nu-ţi provoacă neapărat acea boală. Geneticienii spun „O să analizăm genele astea şi o să descoperim cauza problemei”. *Nu*! *Nu-i adevărat*! Chiar şi în cazul cancerului de sân, uneori doar un factor de mediu – ca alimentaţia – este catalizatorul unei predispoziţii genetice şi determină cancerul.

Am observat că medicamentele – Xanax, Klonopin, Celexa, alcoolul – mă liniştesc mai eficient decât au făcut-o vreodată părinţii mei sau dr. L. sau bunul meu plac (oricare ar fi). Nu indică asta că anxietatea mea e mai degrabă o problemă medicală decât psihologică, indiferent care ar fi fost neajunsurile părinţilor mei? Faptul că anxietatea este o problemă înrădăcinată în corp, în

creierul fizic, şi nu într-o minte sau un psihic decorporalizat – o problemă care urcă de la corp la creier la minte, şi nu care coboară de la minte la creier la corp?

— Falsă dihotomie! spune el emfatic, ridicându-se şi luând din bibliotecă *Eroarea lui Descartes*.

Aici, neurologul Antonio Damasio explică faptul că Descartes s-a înşelat când a susţinut să mintea şi corpul sunt distincte. Dualitatea minte-corp nu este de fapt dualitate, spune dr. L. parafrazându-l pe Damasio. Corpul dă naştere minţii; mintea permează corpul. Nu pot fi diferenţiate.

— Funcţionarea neocortexului [adică a minţii] ne face să fim cine suntem, spune dr. L. Dar sistemul limbic [autonom şi inconştient] poate fi la fel de important, dacă nu chiar mai important, pentru determinarea identităţii noastre. Neocortexul nu poate să ia nicio decizie fără aportul sistemului afectiv.

Pentru a ilustra caracterul inseparabil al corpului şi minţii, dr. L. a vorbit despre efectele traumei. (Fusese recent în Sri Lanka, unde a instruit psihoterapeuţi în modalităţi de lucru cu supravieţuitorii tsunamiului din 2004.) Experienţa traumei sau abuzului, a explicat el, este încorporată, „este integrată în ţesuturile corpului”.

— Gândeşte-te la supravieţuitorii Holocaustului, a spus el. Până şi nepoţii lor au un nivel mai înalt de anxietate care poate fi măsurat fiziologic. Au tendinţa ca anxietatea să se declanşeze mai uşor. Dacă se uită la un film despre victimele violenţei din Somalia reacţionează mult mai intens. Asta e adevărat nu doar pentru copiii supravieţuitorilor Holocaustului, ci şi pentru nepoţii şi chiar pentru strănepoţii lor. Poartă în corp ceva din experienţa părinţilor şi bunicilor. Trauma nici măcar nu le aparţine, dar îi afectează.

(Mă gândesc aici la fixaţia tatălui meu pe Holocaust, la teancul de cărţi despre nazişti de pe noptiera lui, la documentarele despre al Doilea Război Mondial care rulau tot timpul la televizor. Mama şi tatăl lui fugiseră din

Germania înaintea Holocaustului; la fel şi cei mai mulţi din familie, dar nu înainte ca unchii şi bunicul lui să fi fost bătuţi în Kristallnacht.)

L-am întrebat pe dr. L. în ce măsură considera că domeniul psihiatriei se schimbase în ultimii 50 de ani, de când începuse să-şi practice meseria, în special în privinţa înţelegerii cauzelor şi tratamentului anxietăţii.

— Freudienii îi dădeau înainte cu „«*insight*» *überallef*. Exista aşteptarea că dacă ajungeai la un *insight* asupra nevrozei tale o vei putea controla. *Greşit*!

În funcţie de perspectiva pe care o ai, tratamentul pe care îl preferă dr. L în această perioadă este fie sofisticat şi de ultimă generaţie, fie New Age şi bizar: de exemplu, desensibilizarea şi reprocesarea prin mişcări oculare, care presupune să-ţi mişti ochii dintr-o parte în alta în timp ce retrăieşti trauma, şi terapia sistemelor familiale interne, bazată pe lucrările psihiatrului Richard Schwartz, care presupune antrenarea pacientului să recâştige controlul asupra multiplelor sale subpersonalităţi prin „şinele coordonator” şi ajutarea lui să dezvolte o relaţie mai bună şi mai funcţională cu copilul vulnerabil dinăuntrul său. În ultimii mei ani de terapie cu dr. L. am petrecut mult timp trecând de pe un scaun pe altul şi dând glas diferitelor „subpersonalităţi” şi „energii” şi vorbind cu copilul meu interior.

— Pe vremuri aveam o perspectivă monolitică asupra dispoziţiei afective şi a tulburărilor de personalitate, a continuat dr. L. Dar acum înţelegem că personalitatea este formată din multe părţi mici, care au propriile credinţe şi valori.

Cheia tratamentului, spune el, este ca pacientul să devină conştient de aceste subpersonalităţi şi să reuşească să le gestioneze pe cele în care este înscrisă trauma sau anxietatea.

— Astăzi ştim mult mai multe despre neurocircuitele anxietăţii. Uneori trebuie să iei medicamente. Dar psihiatria mai nouă, mai evoluată, schimbă chimia

cerebrală – o modifică în acelaşi mod în care o fac medicamentele.

— Sunt condamnat de neurocircuitele mele? am întrebat eu. Am făcut terapie cu tine timp de 25 de ani şi am fost la mulţi alţi terapeuţi şi am încercat multe metode de tratament. Şi totuşi iată-mă acum, la vârsta de mijloc, încă suferind de anxietate cronică şi adesea debilitantă.

— Nu, nu eşti condamnat, a spus dr. L. Ştim acum suficient despre neuroplasticitate pentru a înţelege că circuitele se dezvoltă permanent. Există tot timpul posibilitatea de a modifica software-ul.

Chiar dacă nu mă pot vindeca definitiv de anxietate, am ajuns să cred că este poate întrucâtva salvatoare.

Dovezile istorice sugerează că anxietatea poate fi implicită în geniul artistic şi creativ. Talentul literar al lui Emily Dickinson, de exemplu, era inextricabil legat de anxietatea ei. (Nu putea deloc să iasă din casă, şi după 40 de ani de fapt a ieşit doar arareori din dormitor.) Franz Kafka punea sensibilitatea lui nevrotică pe seama sensibilităţii lui artistice; la fel, bineînţeles, şi Woody Allen. Jérôme Kagan, psihologul de la Harvard, susţine că anxietatea şi suprareactivarea fiziologică a lui T.S. Eliot l-au ajutat să fie un mare poet. Kagan observă că Eliot a fost un „copil timid, precaut, sensibil” 1 – dar, fiindcă familia i-a oferit sprijin şi a avut o bună educaţie şi „capacităţi verbale neobişnuite”, a reuşit să-şi „pună în valoare temperamentul” şi să devină un poet remarcabil.

Poate cel mai celebru caz este Marcel Proust, care şi-a transformat sensibilitatea nevrotică în artă. Tatăl lui Marcel, Adrien, era un medic specializat în sănătatea nervoasă şi autor al unei cărţi influente intitulate *L'Hygiène du neurasthénique* (*Igiena neurasteniculuí*). Marcel a citit lucrarea tatălui său şi a încorporat-o în propriile scrieri; operele lui de ficţiune şi nonficţiune sunt „saturate de vocabularul disfuncţiei nervoase” 2, după cum s-a exprimat un critic. În mai multe locuri din *în căutarea timpului pierdut*, personajele fie comentează, fie

încorporează ideea conform căreia, după cum a observat pentru prima oară Aristotel, suferinţa nervoasă poate duce la mari opere de artă. Pentru Proust, rafinamentul sensibilităţii artistice era legat direct de dispoziţia nervoasă. Din marii neliniştiţi se naşte arta?

9 Să ne gândim şi la alţi intelectuali invalizi din punct de vedere nervos ca David Hume, James Boswell, John Stuart Mill, George Miller Beard, William James, Alice James, Gustave Flaubert, John Ruskin, Herbert Spencer, Edmund Gosse, Michael Faraday, Arnold Toynbee, Charlotte Perkins Gilman şi Virginia Woolf, fiecare suferind de o tulburare afectivă debilitantă la începutul (şi uneori spre finalul) carierei. Când era tânăr, David Hume, cel care va deveni una dintre cele mai strălucitoare stele ale Iluminismului scoţian, şi-a abandonat studiile de drept şi a urmat o carieră mult mai precară în

Tot din marii neliniştiţi se poate naşte, cel puţin pentru o vreme, şi marea ştiinţă. Dean Simonton, psiholog la Universitatea din California, Davis, care a petrecut zeci de ani studiind psihologia geniului, estimează că o treime din toţi marii oameni de filosofie. În primăvara anului 1729, după o perioadă de strădanii intelectuale intense, Hume s-a prăbuşit. Se simţea, după cum va scrie mai târziu într-o scrisoare către un medic în care vorbea despre suferinţele lui, epuizat fizic şi tulburat afectiv; nu se putea concentra asupra cărţii pe care încerca să o scrie (care va ajunge în cele din urmă celebrul *Tratat asupra naturii umane*) şi suferea de groaznice dureri abdominale, iritaţii şi palpitaţii care l-au ţinut într-o stare de neputinţă cea mai mare perioadă dintr-un interval de cinci ani. Aşa cum va face şi Darwin mai târziu, Hume a încercat toată gama de remedii existente în speranţa de a găsi un leac pentru ceea ce numea „indispoziţia” lui nervoasă: a fost la băi şi a făcut plimbări şi a călărit, a urmat tratamentul cu „bitteruri şi pilule anti-isterie” şi cu „un litru de vin roşu în fiecare zi” prescris de medicul familiei. Scriindu-i unui alt medic, în căutarea unui ajutor, Hume l-a întrebat „ai

întâlnit vreodată printre cărturarii pe care îi cunoşti pe cineva afectat în acest mod? Pot oare să sper că mă voi însănătoşi? Am mult de aşteptat? însănătoşirea va fi deplină, iar spiritul meu se va întoarce la elanul şi vigoarea de dinainte, astfel încât să poată îndura truda cugetării profunde şi pătrunzătoare?” 3 în cele din urmă, Hume s-a însănătoşit: după publicarea *Tratatului asupra naturii umane în* 1739, se pare că nu a mai suferit şi a ajuns poate unul dintre cei mai importanţi filosofi care au scris în engleză.

Filosoful politic John Stuart Mill a suferit o cădere nervoasă asemănătoare, în toamna anului 1826, când avea 20 de ani, Mill a trecut printr-un colaps afectiv total despre care va scrie în celebrul capitol al cincilea, „O criză din trecutul stării mele mintale”, din autobiografia sa. În acea „iarnă melancolică” s-a aflat, scrie el, într-o stare neîncetată de „depresie”, „deznădejde” şi „nervi mohorâţi”. S-a găsit atât de paralizat de o „dureroasă conştiinţă de sine”, încât de-abia putea funcţiona. (Asta mă face să mă gândesc la romancierul David Foster Wallace, un alt geniu doborât de anxietate acută.) După 18 luni de suferinţă neîncetată, Mill a scris „o mică rază de lumină a pătruns în dezolarea mea” când citea memoriile unui istoric francez: a hotărât că trebuia să fie mai puţin reprimat şi analitic şi să-şi dezvolte facultăţile afective şi estetice. A înţeles că educaţia trudnică impusă de tatăl său „aspru şi exigent” nu îl lăsase să aibă o copilărie şi o viaţă afectivă normale. „Cultivarea sentimentelor a devenit un punct cardinal al crezului meu etic şi filosofic”, a scris el. Devenind mai receptiv faţă de propriile emoţii (pe care le-a cultivat, de exemplu, citind poezia lui Wordsworth), a reuşit să lase în urmă anxietatea şi depresia. ştiinţă suferă de anxietate sau depresie sau de amândouă.4 El presupune că aceleaşi mecanisme cognitive sau neurobiologice care-i predispun pe anumiţi oameni la tulburări de anxietate determină totodată tipul de gândire creativă care duce la marile descoperiri ştiinţifice. Când

Sir Isaac Newton a inventat calculul diferenţial, timp de zece ani, nimeni nu a ştiut asta – fiindcă era prea anxios şi deprimat pentru a spune cuiva. (Câţiva ani agorafobia nu i-a permis să iasă din casă.) Poate că, dacă pe Darwin anxietatea nu l-ar fi obligat să rămână în casă zeci de ani, nu ar fi reuşit să-şi încheie vreodată lucrarea despre evoluţionism. Cariera lui Sigmund Freud aproape a fost deraiată la început de groaznica lui anxietate şi îndoială de sine; a depăşit asta şi a devenit o figură importantă şi cu o influenţă intelectuală semnificativă asupra unor întregi generaţii de psihoterapeuţi. Odată stabilită reputaţia lui de mare om de ştiinţă, Freud şi acoliţii săi au încercat să impună imaginea bărbatului întotdeauna sigur de el. Dar din scrisorile din tinereţe reiese altceva.[31]

Nu, anxietatea singură nu o să te facă un poet laureat al Premiului Nobel sau un om de ştiinţă care

---

31î) Emest Jones, primul gardian al moștenirii lui Freud, a afirmat o dată că doar „detaliile neinteresante“ fuseseră excluse din colecția scrisorilor lui Freud pe care o publicase. Dar printre aceste scrisori omise în mod strategic erau aproximativ 130 către prietenul său Wilhelm Fliess, dintre care multe constau într-o litanie de plângeri nevrotice și ipohondrice.

„Nu am fost scutit de simptome nici măcar o jumătate de zi, iar dispoziția mea și capacitatea de muncă sunt cu adevărat diminuate“, îi scria Freud lui Fliess la începutul lunii mai a anului 1894. Scrisorile omise sunt pline de rapoarte de simptome, repetate iar și iar. Conform propriei relatări, Freud suferea de migrene, dureri în tot corpul, tot felul de tulburări intestinale și nesfârșite palpitații care l-au făcut să prezică într-una dintre scrisori că va muri la 50 și ceva de ani de „ruptură miocardică“. încercările lui (eșuate) de a renunța la trabucuri i-au declanșat o amplificare a simptomelor fizice: „Mă simt bătrân, lent, nesănătos“. Când tatăl lui a murit în 1896, a vorbit despre un interes aparent fobie față de moarte, pe care a numit-o „delirul lui despre moarte“.

Aceasta nu prea este imaginea unui stăpân al minții, stoic, sigur de el, pe care a încercat să o proiecteze. „Este prea tulburător pentru un om al medicinei care-și petrece toate orele zilei străduindu-se să înțeleagă nevrozele, să nu știe dacă suferă de o depresie ușoară justificabilă sau ipohondrică“, i-a scris Freud lui Fliess. în scrisorile lui se găsesc nenumărate gânduri melancolice și

ajunge la vreo descoperire spectaculoasă. Dar s-ar putea să lucrezi mai bine dacă îţi foloseşti corect temperamentul anxios. Jérôme Kagan, care a petrecut mai bine de 60 de ani studiind oamenii cu temperament anxios, consideră că angajaţii anxioşi sunt angajaţi mai buni. De fapt, spune el, a învăţat să nu angajeze decât persoane cu temperament foarte reactiv ca asistenţi de cercetare. „Sunt compulsivi, nu fac greşeli, sunt atenţi când codează informaţiile” 6, a spus el pentru revista *New York Times*. Sunt „în general conştiincioşi şi bine pregătiţi într-un mod aproape obsesional”. Presupunând că nu sucombă în faţa tulburărilor de anxietate, „este probabil ca indivizii care au tendinţa să se îngrijoreze să fie cei mai scrupuloşi angajaţi şi cei mai atenţi prieteni”, după cum a formulat *The Times*. Alte cercetări confirmă observaţiile lui Kagan. Un studiu7 realizat în 2012 de psihiatrii de la Centrul Medical din cadrul Universităţii din Rochester a descoperit că persoanele conştiincioase şi care au o tendinţă nevrotică accentuată sunt mai contemplative, mai orientate negative faţă de sine: crede că va muri necunoscut, că lucrările lui sunt „gunoi”, că toată munca lui nu va duce la nimic. Uneori pare că nu poate supravieţui, nefiind nicidecum vorba de succes, în domeniul pe care l-a ales. „Am trecut printr-un fel de experienţă nevrotică”, scria el la 22 iunie 1897, copleşit de „gânduri negre, îndoieli voalate, doar cu o rază de lumină ici şi colo”.

„Nici acum nu ştiu ce se întâmplă cu mine”, scria el câteva săptămâni mai târziu. „Ceva din cele mai profunde adâncuri ale nevrozei mele se împotriveşte oricărui progres în înţelegerea nevrozelor”.

În august 1897, Freud i-a scris lui Fliess de la Bad Aussee, Austria, unde se afla în concediu împreună cu familia. Freud nu era fericit: trecea „printr-o perioadă de proastă dispoziţie” şi era „chinuit de îndoieli grave în legătură cu teoria mea asupra nevrozelor”. Concediul nu a contribuit la „diminuarea agitaţiei minţii şi sentimentelor mele”. În ciuda clientelei sale crescânde, Freud scria că

„pacientul de care mă ocup cel mai mult sunt eu însumi”. În vara următoare, într-un alt concediu, spunea nefericit că lucrarea lui avansa greu şi că era lipsit de motivaţie. „Secretul acestei nelinişti este isteria”, a tras el concluzia în mod remarcabil, atribuindu-şi afecţiunea pe a cărei vindecare îşi mizase cariera.

spre scop, mai organizate şi au o capacitate peste medie de organizare; tind să fie angajaţi mai eficienţi şi mai performanţi – şi tind să se îngrijească mai bine de propria stare fizică de sănătate decât ceilalţi angajaţi. („Este probabil ca aceşti oameni să cântărească consecinţele acţiunilor lor”, a spus Nicholas Turiano, coordonatorul cercetării. „Nivelul lor de nevrotism şi conştiinciozitatea îi pot împiedica să se angajeze în comportamente de risc.”) Un studiu8 din 2013 publicat în *Academy of Management Journal* a descoperit că nevroticii contribuie mai mult decât au prezis managerii la proiectele de grup, în timp ce extravertiţii contribuie mai puţin, contribuţiile nevroticilor devenind şi mai valoroase în timp. Coordonatorul studiului, Corinne Bendersky, profesor asociat la Şcoala Anderson de Management de la UCLA, spune că dacă ea ar selecta personalul pentru un proiect de grup „Aş selecta mai mulţi nevrotici şi mai puţini extravertiţi decât mi-ar spune instinctul” 9. În 2005, cercetătorii de la Universitatea din Wales au publicat un studiu10 – „Pot persoanele care au tendinţa de a se îngrijora să fie învingători?” – în care afirmau că managerii financiari cu un nivel înalt de anxietate aveau tendinţa de a fi cei mai buni şi mai eficienţi manageri atâta timp cât îngrijorarea lor era însoţită de un IQ înalt. Cercetătorii au ajuns la concluzia că persoanele inteligente care tind să-şi facă griji ajung la cele mai bune rezultate?

Din nefericire, corelaţia pozitivă dintre îngrijorarea şi performanţa la slujbă a dispărut când persoanele care tindeau să se îngrijoreze aveau un IQ scăzut. Dar unele descoperiri sugerează că îngrijorarea excesivă este în sine asociată cu un IQ înalt. Dr. W. spune că pacienţii anxioşi

tind să fie cei mai inteligenţi pacienţi. (în experienţa lui, avocaţii anxioşi tind să fie şi deosebit de inteligenţi – pricepuţi nu doar la anticiparea eventualităţilor juridice, ci şi la imaginarea celor mai rele scenarii cu privire la ei înşişi.) Observaţiile anecdotice ale dr. W. sunt susţinute de studii ştiinţifice

„Anxietatea este o componentă importantă a cogniţiei motivate, este esenţială pentru funcţionarea eficientă în situaţii care presupun precauţie, autodisciplină şi în general anticipare a ameninţărilor", au scris cercetătorii. recente. Unele cercetări au descoperit o corelaţie destul de directă: cu cât ai un IQ mai mare, cu atât e mai probabil să ai tendinţa de a-ţi face griji; cu cât ai un IQ mai mic, cu atât este mai puţin probabil să te îngrijorezi. Un studiu publicat în 2012 în *Frontiers în Evolutionary Neuroscience* a descoperit că scorurile IQ mari corelează cu un nivel înalt al tendinţei de îngrijorare la oamenii diagnosticaţi cu tulburare anxioasă generalizată.11 (Oamenii anxioşi se pricep foarte bine să prevadă posibilele urmări negative.) Jeremy Coplan, principalul autor al studiului, spune că anxietatea este adaptativă din punct de vedere evoluţionist pentru că „adeseori apare un pericol neprevăzut". Când se întâmplă asta, este mai probabil ca persoanele anxioase să fie mai bine pregătite pentrusupravieţuire. Unii oameni, spune Coplan, chiar sunt atât de proşti, încât „sunt incapabili să vadă vreo ameninţare, chiar şi atunci când pericolul este iminent"; mai mult, „dacă oamenii ăştia sunt în posturi de lideri o să arate populaţiei generale că nu există motive de îngrijorare". Coplan, profesor de psihiatrie la State University of New York Downstate Medical Center, spune că anxietatea poate constitui o trăsătură pozitivă a liderilor politici – şi că absenţa anxietăţii poate fi periculoasă. (Unii comentatori au sugerat, pe baza unor asemenea descoperiri, că principalul motiv al crahului economic din 2008 a fost că politicienii şi bancherii au fost proşti sau insuficient de anxioşi sau amândouă.)

Bineînţeles, aceste corelaţii nu sunt universale: există o grămadă de imprudenţi sclipitori şi de proşti care-şi fac griji. Şi, ca întotdeauna, asta vine la pachet cu faptul că anxietatea este productivă mai ales dacă nu e într-atât de excesivă încât să fie debilitantă. Dar dacă eşti anxios, poate te încurajează colecţia din ce în ce mai mare de dovezi care arată că există o legătură între anxietate şi inteligenţă.

Anxietatea poate fi legată de asemenea şi de comportamentul moral şi de leadershipul eficient. La un moment dat, soţia mea a cugetat cu voce tare ce aş avea de pierdut dacă aş fi întru totul vindecat de anxietate – şi ce ar avea *ea* de pierdut dacă eu n-aş mai avea un temperament anxios.

— Urăsc anxietatea ta, a spus ea, şi urăsc că te face nefericit. Dar dacă sunt la tine lucruri pe care le iubesc şi care sunt legate de anxietatea ta? Dacă te vindeci de anxietate şi se dovedeşte că nu eşti decât o jigodie? a întrebat ea ajungând în miezul problemei.

Presupun că s-ar putea – dat fiind că anxietatea mă face să fiu inhibat şi sensibil social, sunt mai bine ajustat la ceilalţi oameni şi un partener mult mai tolerabil decât aş fi altfel. Evident, piloţii de vânătoare au rate neobişnuit de mari de divorţ – fapt care s-ar putea să aibă de-a face cu nivelurile lor scăzute de anxietate şi cu nivelul bazai scăzut de activare a sistemului nervos autonom, amândouă legate nu doar de nevoia de aventură (satisfăcută prin pilotarea unui avion de vânătoare sau prin implicarea într-o relaţie extraconjugală), ci şi de o anumită obtuzitate interpersonală, o lipsă de sensibilitate la indiciile sociale subtile venite din partea partenerilor?[32] Persoanele anxioase, dat fiind că scanează vigilent mediul pentru detectarea ameninţărilor, tind să fie mai acordate la emoţiile celorlalţi oameni şi la semnalele sociale decât

32’) în cadrul Forțelor Aeriene există cea mai mare rată de divorț din serviciile militare ale SUA, și nouă din zece divorțuri sunt inițiate de soții.

împătimiţii de adrenalină.

Noţiunea de legătură între anxietate şi moralitate precedă cu mult descoperirile ştiinţei moderne sau intuiţia soţiei mele. Sfântul Augustin credea că frica este adaptativă pentru că îi ajută pe oameni să se comporte moral. (Acelaşi lucru credeau şi Thomas Burgess şi Charles Darwin despre anxietate şi înroşire: frica de a nu se purta greşit ajută primatele şi oamenii să se comporte „corect”, fapt ce menţine eticheta socială.) Filosofii pragmatişti Charles Sanders Peirce şi John Dewey considerau că aversiunea oamenilor la emoţii negative ca anxietatea, ruşinea şi vinovăţia oferă un fel de motivaţie psihologică pentru comportamentul etic. Mai mult, studiile psihologice asupra infractorilor au descoperit că aceştia au în general un nivel scăzut de anxietate şi o amigdală slab reactivă. (Infractorii tind de asemenea să aibă şi IQ-uri sub medie.)

În primele capitole am vorbit despre cum sute de studii pe primate realizate în ultima jumătate de secol au descoperit în diverse moduri că, în cazul oamenilor şi altor animale, o combinaţie de anumite gene şi niveluri ridicate de stres la începutul vieţii pot duce la un comportament anxios şi depresiv care durează întreaga viaţă. Însă studii[33] recente asupra maimuţelor rhesus, realizate de Stephen Suomi la Laboratorul de Etologie Comparativă din cadrul NIH, au descoperit că atunci când maimuţele anxioase sunt luate la începutul vieţii de lângă mamele lor anxioase şi date în grija unor mame neanxioase se întâmplă un lucru fascinant: aceste maimuţe prezintă pe parcursul dezvoltării niveluri *mai mici* de anxietate decât fraţii şi surorile lor biologice – şi este interesant că au de asemenea *tendinţa de a deveni masculii alfa ai grupului*. Asta sugerează că un anumit nivel de anxietate nu numai că îţi sporeşte şansele de a trăi mai mult, ci şi, în circumstanţele potrivite, te poate face să fii un lider mai bun.

---

339 Pe de altă parte, e mai probabil să mor prematur de vreo boală provocată de stres.

Anxietatea mea poate fi intolerabilă. Mă face adesea să sufăr. Dar este poate şi un dar – sau cel puţin cealaltă faţă a monedei pe care ar trebui să mă gândesc de două ori înainte să o schimb. Poate că anxietatea mea e legată de orice simţ moral pe care aş îndrăzni să mi-l atribui. Mai mult, aceeaşi imaginaţie anxioasă care uneori mă înnebuneşte de îngrijorare îmi oferă totodată posibilitatea de a-mi face planuri în mod eficient pentru situaţii neprevăzute sau consecinţe nedorite pe care alţi oameni, cu temperamente mai puţin vigilente, nu le-ar vedea. Judecata socială rapidă care vine la pachet cu anxietatea mea de performanţă este utilă şi pentru că mă ajută să evaluez repede situaţiile şi să ştiu să interacţionez cu oamenii şi să dezamorsez conflictele.

În sfârşit, la un nivel evoluţionist elementar, s-ar putea chiar ca anxietatea să mă ţină în viaţă. Este mai puţin probabil ca eu, spre deosebire de voi, oameni îndrăzneţi şi necugetaţi (voi, piloţi de vânătoare şi escroci, cu nivelurile voastre scăzute de activare a sistemului nervos autonom), să mor într-un accident de sport sau să provoc o luptă în care să sfârşesc împuşcat?

În eseul său „The Wound and the Bow” („Rana şi arcul”) din 1941, criticul literar Edmund Wilson scrie, referindu-se la eroul tragediei lui Sofocle, Filoctet, fiul unui rege a cărui rană la picior provocată de muşcătura unui şarpe, supurândă şi veşnic nevindecată, însoţea darul măiestriei infailibile de arcaş, că „boala rău mirositoare” este inseparabilă de „arta supraomenească” a tragerii cu arcul.1 întotdeauna m-a atras această parabolă: aici stă, în exprimarea romancierei Jeanette Winterson, „alăturarea rănii şi a darului”, intuiţia că în slăbiciune şi dizgraţie se află şi potenţialul transcendenţei, eroismului sau salvării. Anxietatea mea rămâne o rană nevindecată care uneori mă trage înapoi şi mă umple de ruşine – dar, în acelaşi timp, poate fi sursă de putere şi dătătoare de binecuvântări.

9 Wilson vorbeşte în acest eseu despre legătura dintre artă şi suferinţa psihică la scriitori ca Sofocle,

Charles Dickens, Ernest Hemingway, James Joyce şi Edith Wharton.

CAPITOLUL 12

Rezilientă

Anxietatea nu poate p evitata, dar poate p redusă. Problema gestionării anxietăţii constă în reducerea acesteia la niveluri normale şi apoi la utilizarea acestei anxietăţi normale ca stimulare a conştientizării, vigilenţei şi gustului pentru viaţă.

— Rollo May, *The Meaning of Anxiety* (*Sensul anxietăţii*) (1950)

Eseistul, poetul şi lexicograful Samuel Johnson a fost un faimos intelectual melancolic în sensul clasic, chinuit de ceea ce Robert Burton numea „boala învăţaţilor”. În 1729, când avea 20 de ani, Johnson a fost „copleşit de o ipohondrie oribilă, de perpetuă nemulţumire, agitaţie şi nerăbdare; şi de o deznădejde, mâhnire şi disperare care-i făceau existenţa să fie suferinţă”, după cum a scris James Boswell în a cartea sa *Life of Samuel Johnson* (*Viaţa lui Samuel Johnson*). „De această posomorâtă maladie nu s-a vindecat niciodată întru totul”. („Pare foarte probabil să fi fost întrucâtva provocată de un defect al sistemului său nervos”, a tras concluzia Boswell.) Un alt biograf a scris că era „o groaznică stare de spirit în care sentimentele de anxietate intensă alternau cu sentimentele de deplină lipsă de speranţă”. Numeroşi contemporani au observat ciudatele ticuri şi zvâcniri ale lui Johnson, ceea ce sugerează că avea OCD. Părea să aibă şi ceea ce astăzi am numi agorafobie. (I-a scris o dată unui magistrat rugându-l să-i permită să nu-şi îndeplinească obligaţia de a face parte dintr-un juriu pentru că „aproape leşina […] în orice loc public”.) Johnson însuşi vorbeşte despre „melancolia morbidă” de care suferea şi îl îngrijora neîncetat posibilitatea ca dezolarea lui să ajungă nebunie deplină. Pe lângă faptul că se adâncea frecvent în *Anatomia melancoliei* a lui Burton, Johnson citea mult şi din literatura medicală clasică şi contemporană.

Disperat să nu înnebunească, Johnson – la fel ca Burton înaintea lui – s-a agăţat de ideea că pasivitatea şi obiceiurile trândave erau un teren fertil pentru anxietate şi nebunie şi că modul cel mai nimerit de a le combate era să fie constant ocupat şi să aibă o rutină, cum ar fi să se trezească în fiecare zi la aceeaşi oră. „Imaginaţia”, spunea el, „niciodată nu se înstăpâneşte într-atât asupra minţii ca atunci când o găseşte goală şi nefolosită”. Aşa că se străduia mereu să-şi ocupe timpul cu ceva şi să-şi impună un orar zilnic. Ce mă face cel mai mult să-l îndrăgesc pe Johnson este încercarea lui de-o viaţă – şi pur şi simplu inutilă – de a se trezi mai devreme. Câteva mostre reprezentative din jurnalele sale:

7 septembrie 1738: „O, Doamne, ajută-mă […] să recuperez timpul *pierdut în trândăvie*”.

1 ianuarie 1753: „Să mă trezesc devreme să nu pierd timpul”.

13 iulie 1755: „Voi alcătui iarăşi *un plan de viaţă*. […] (1) să mă trezesc devreme”.

Ajunul Paştelui, 1757: „Doamne Atotputernic […] *Ajută-mă să mă lepăd de trândăvie*”.

Paşte, 1759: „Ajută-mă, Doamne, să rup lanţul răului obicei. Ajută-mă să mă lepăd de lene şi trândăvie”.

18 septembrie 1760: „Am hotărât […] să mă trezesc devreme […] să mă împotrivesc lenei”.

21 aprilie 1764: „Ţelul meu de aici înainte (1) Să mă împotrivesc gândurilor aducătoare de lene. Să găsesc feluri utile de petrecere a timpului liber. (2) Să evit trândăvia. Să mă trezesc devreme”.

Ziua următoare (3: 00 a.m.): „Izbăveşte-mă de suferinţele înspăimântării fără de temei […] de gânduri neprielnice şi de lene”. 18 septembrie 1764: „Hotărăsc să mă trezesc devreme, *nu mai târziu de şase dacă pot*”.

Duminica Paştelui, 1765: „Am hotărât *să mă trezesc la opt* […]. Intenţionez să mă trezesc la opt pentru că, deşi nu mă voi trezi devreme, va fi totuşi mult mai devreme decât acum, când adesea rămân în pat până la două”.

1 ianuarie 1769: „Nu sunt încă într-o stare în care să iau multe hotărâri; intenţionez şi sper să *mă trezesc* […] *la opt şi, treptat, la şase*”.

1 ianuarie 1774 (2: 00 a.m.): „Să mă trezesc la *opt* Principala cauză a deficienţei mele a fost traiul *nesistematic şi neregulat* care sfidează orice scop […] şi poate lasă prea multă libertate imaginaţiei”.

Vinerea Mare, 1775: „Când mă uit înapoi la hotărârile de a fi mai bun şi de a mă îndrepta, pe care an după an le-am încălcat; […] de ce încerc încă să iau asemenea hotărâri? încerc pentru că îndreptarea este necesară, iar disperarea criminală […]. Ţelul meu este ca de la Paşte încolo să mă trezesc devreme, nu mai târziu de opt”.

2 ianuarie 1781: „*Nu mă voi lăsa cuprins de disperare*. […] Speranţa mea este (1) să mă trezesc la opt sau mai devreme. […] (5) să evit trândăvia”.

Johnson nu a putut niciodată să se trezească devreme şi a petrecut multe nopţi lucrând până aproape de zori sau bătând străzile Londrei chinuit de fricile şi fobiile lui.1

Însemnările din jurnalul lui Johnson, după cum probabil se observă, se întind peste 40 de ani – de când avea 20 şi ceva de ani până la 70 şi ceva de ani – şi nu putem şti ce este mai grav: inutilitatea eforturilor sale de a se scutura de trândăvie şi de a se trezi devreme sau angajamentul lui deplin de a continua să încerce în ciuda faptului că ştia că e inutil. (După cum a scris în jurnal la 1 iunie 1770, „Fiecare om se convinge că-şi poate respecta hotărârile şi nu-şi dă seama de imbecilitatea lui decât odată cu trecerea timpului şi frecvenţa experimentului”). Walter Jackson Bate, cel mai mare

*) Cercetări recente asupra ritmului circadian sugerează că dificultatea de a te trezi devreme nu este (întru totul) un defect de caracter, ci mai degrabă o trăsătură determinată genetic: ritmul circadian al unor oameni îi face ceea ce cercetătorii numesc „porumbei de dimineaţă” – persoane care se dau uşor jos din pat şi pe

care îi ia somnul seara în timp ce alţii sunt „bufniţe de noapte” – ard cu folos gazul din lampă şi dimineaţa nu se pot da jos din pat. biograf modern al lui Johnson, a compilat pentru prima dată multe dintre aceste însemnări în anii ’70, când era în vogă psihobiografia în stilul freudian. Bate a sugerat că aceste intrări – şi în general nesfârşitele îndemnuri ale lui Johnson de a se ameliora – dovedesc un supraeu ale cărui solicitări sunt prea perfecţioniste, şi a susţinut că mustrările constante din partea acestuia, alături de stima scăzută de sine care îl însoţea în mod firesc, explicau „anxietatea depresivă” a lui Johnson şi numeroasele lui simptome psihosomatice.1 Pentru Johnson, „pericolul” indolenţei era ca, după cum a scris prietenul lui, Arthur Murphy, „spiritul său, neangajat în afară, să se îndrepte spre interior cu ostilitate. Reflecţiile asupra propriei vieţi şi comportări erau întotdeauna severe; şi, dorindu-şi să fie imaculat, şi-a distrus pacea prin scrupule inutile”. Când Johnson şi-a evaluat viaţa, scrie Murphy, „nu a descoperit altceva decât o găunoasă pierdere de vreme, unele boli ale trupului şi tulburări ale minţii, foarte aproape de nebunie. Viaţa lui, spune el, din prima copilărie a fost risipită lenevind în pat; iar marele lui păcat a fost încetineala generală spre care a fost întotdeauna aplecat şi, într-o parte a vieţii, aproape constrâns de melancolie şi osteneala minţii”. Căutând perfecţiunea pentru a putea să aibă o părere bună despre sine, Johnson manifestă trăsăturile clasice a ceea ce Karen Horney, influenta psihanalistă freudiană, numea personalitate nevrotică. Conform lui Bate, scrierile lui Johnson, „care adesea anticipează […] psihiatria modernă”, se ocupă de „modul în care suferinţa omenirii provine din incapacitatea indivizilor de a avea o părere bună despre ei înşişi şi despre cât de multă invidie şi alte rele izvorăsc de aici”. După cum a spus Johnson însuşi, interesul său pentru biografie ca gen literar – printre operele lui se numără *The Lives of the Poets* (*Vieţile poeţilor*) şi alte schiţe biografice – era motivat nu atât de

înţelegerea modului în care omul „ajunge să fie fericit” sau în care „nu mai este în graţiile regelui”, ci de înţelegerea „modului în care ajunge să fie nemulţumit de el însuşi”.

Dar iată o informaţie interesantă: oricât ar fi fost de nemulţumit de el însuşi şi oricât de des s-ar fi mustrat pentru lâncezeală şi pentru că stătea în pat până la două după-amiaza, Johnson a fost extrem de productiv. În ciuda faptului că scotea eseuri pe bandă rulantă pentru bani („doar un neghiob” ar face altfel, după cum a spus o dată), nu era un scriitor de duzină. O parte dintre scrierile lui protoromanul *Rasselas*, poemul *The Vanity of Human Wishes* (*Deşertăciunea dorinţelor omeneşti*), cel mai bun eseu al său – sunt texte de căpătâi ale canonului occidental. Am în bibliotecă *The Works of Samuel Johnson* (*Opera lui Samuel Johnson*) în 16 volume groase – şi asta fără cartea sa cea mai faimoasă, dicţionarul masiv pe care l-a alcătuit. Evident, autoevaluarea lui Johnson în privinţa talentului şi realizărilor lui nu erau în acord cu realitatea – ceea ce, după cum au arătat cercetările clinice recente, se întâmplă adesea în cazul oamenilor predispuşi la melancolie?

Prin efortul permanent de autoperfecţionare şi prin menţinerea productivităţii literare în ciuda chinului emoţional, Johnson prezenta o formă de rezilienţă – trăsătură pe care psihologia modernă a descoperit-o ca fiind un scut puternic împotriva anxietăţii şi depresiei. Cercetările asupra anxietăţii, în mod tradiţional centrate pe aspectele negative ale oamenilor cu patologii anxioase, se axează din ce în ce mai mult pe lucrurile care îi fac pe oamenii sănătoşi să fie rezistenţi la tulburările de anxietate şi la alte afecţiuni clinice. Dennis Charney, profesor de psihiatrie şi neuroştiinţe la Facultatea de Medicină Icahn de la Mount Sinai, a studiat prizonierii de război americani din războiul din Vietnam care, în ciuda traumelor prin care au trecut, *nu* au dezvoltat depresie sau PTSD. Mai multe studii realizate de Charney şi de alţii au descoperit că rezilienţă şi acceptarea au fost lucrurile care le-au permis

acestor prizonieri de război să ţină la distanţă anxietatea clinică şi căderea nervoasă care i-au afectat pe atâţia alţii. Principalele zece elemente şi caracteristici psihologice identificate de Charney sunt optimismul, altruismul, faptul de a avea o

9 De fapt, cercetări interesante au descoperit că oamenii cu depresie clinică tind să se autoevalueze *mai* precis decât cei sănătoşi, ceea ce indică faptul că un volum mare de autoamăgire – a crede că eşti mai bun sau mai capabil decât eşti de fapt – este util pentru sănătatea mintală şi pentru succesul profesional. busolă morală sau un set de convingeri de nezdruncinat, credinţa şi spiritualitatea, umorul, faptul de a avea un model de rol, sprijinul social, înfruntarea fricii (sau ieşirea din zona de confort), faptul de a avea un scop sau un sens al vieţii şi obişnuinţa de a înfrunta şi de a depăşi provocările.2 Alte cercetări sugerează că reziliența este asociată cu un volum mare al neuropeptidei Y (NPY) – şi, deşi nu e clar care e cauza şi care e efectul (dacă temperamentul rezilient determină secreţia de NPY sau dacă NPY determină temperamentul rezilient sau dacă, cel mai probabil, e vorba de o combinaţie a celor două), unele dovezi indică faptul că nivelul de NPY are o semnificativă componentă genetică?

M-am plâns doctorului W. că, judecând după cei 30 de ani de eforturi inutile, probabilitatea de a mă vindeca de anxietate într-atât încât să ofer un final încurajator acestei cărţi pare deprimantă. I-am spus despre ultimele cercetări asupra anxietăţii, fascinante şi pline de speranţă – dar apoi am observat, cum mai făcusem şi înainte, că nu mă simt prea rezilient. De fapt, i-am spus, am acum dovezi palpabile că sunt predispus genetic să *nu* fiu rezilient: sunt configurat biologic, la nivel celular, să fiu anxios şi pesimist şi nerezilient.

— Ăsta e motivul pentru care îţi spun întruna că urăsc toate cercetările moderne care pun accentul pe genetica şi neurobiologia tulburării mintale, spune el. Ele

subliniază concepţia că mintea e o structură fixă şi imuabilă, când de fapt se poate schimba pe parcursul vieţii.

I-am spus că ştiu toate astea. Şi, mai mult, ştiu că expresia genelor este influenţată de factorii de mediu şi că, în orice caz, limitarea fiinţei umane la gene sau la mediu este absurd de reducţionistă.

Dar tot nu mă simt foarte rezilient.

— Eşti mai rezilient decât crezi, spune el. Tot timpul spui „Nu pot să fac asta” sau „Nu pot să fac astălaltă”. Şi totuşi faci multe

9 Aşa cum am văzut în capitolul 9, Jérôme Kagan, Kerry Ressler şi alţii sugerează că genele joacă un rol important în determinarea nivelurilor înnăscute de nevrotism şi rezilienţă.

pentru o persoană anxioasă – faci multe punct. Gândeşte-te numai prin ce-a trebuit să treci ca să termini cartea.

Când termenul-limită pentru predarea acestei cărţi era paralizant de aproape, am început să lucrez cu jumătate de normă în slujba de redactor de revistă ca să mă pot concentra pe scris. Decizia asta nu a fost fără riscuri: să arăt că nu sunt indispensabil în cadrul unei companii care şi-a redus personalul, într-o industrie (jurnalismul) care se restrânge masiv şi care e poate pe moarte şi într-o economie care o duce cel mai rău de la marea criză economică încoace, nu a fost cel mai bun mod de a-mi consolida siguranţa postului. Dar, din ce în ce mai panicat că o să depăşesc termenul-limită şi o să-mi arunc familia în faliment, am calculat că jumătatea de normă era cel mai bun pariu. Speram că timpul liber pe care îl obţineam astfel, combinat cu presiunea apropierii termenului-limită, va crea condiţiile necesare pentru un spasm de productivitate.

Nu s-a întâmplat asta. Iată ce s-a întâmplat:

Chiar în prima zi în care începea munca mea cu jumătate de normă, soţia mea până atunci sănătoasă s-a

îmbolnăvit de o afecţiune misterioasă şi îndelungată care a dus la mai multe programări la medici (la internişti, alergologi, imunologi, endocrinologi) şi la o serie de diagnostice neconcludente (lupus, artrită reumatoidă, tiroidită Hashimoto, boala Graves şi altele). Câteva zile după asta, soţia mea întru totul supusă legii a fost acuzată (pe nedrept şi absurd; e o poveste lungă) de o infracţiune şi a trebuit să plătim mii de dolari pe cheltuieli judiciare şi să facem mai multe drumuri la tribunal. Cam în aceeaşi perioadă, cel de-al doilea soţ al mamei mele a părăsit-o pentru altă femeie şi ei (mama şi curând-fostul-meu-tată-vitreg) au început procedurile de divorţ care mă temeam că o vor sărăci. Compania recent înfiinţată de tatăl meu, care speram că va contribui la finanţarea educaţiei universitare a copiilor mei, şi-a pierdut fondurile şi a intrat în colaps. Aşa că, în faţa computerului zi după zi în perioada în care pasămite scriam la carte, am petrecut mai puţin timp scriind decât îngrijorându-mă pentru sănătatea soţiei mele şi verificând compulsiv conturile noastre bancare care se împuţinau pe măsură ce banii ieşeau mult mai rapid decât intrau.

Şi apoi, într-o dimineaţă de august – ultima lună cu jumătate de normă m-am trezit în zgomot de fulgere aprige şi vuiet de furtună. Ramuri şi pietre au început brusc să bată în fereastra dormitorului. Am sărit din pat şi am dat să ies din cameră, şi în acel moment geamul s-a spart şi cioburile au fost proiectate înăuntru. (Soţia şi copiii mei nu erau în oraş.) Am luat-o spre subsol şi am trecut pe lângă bucătărie tocmai când tavanul s-a prăbuşit – un copac căzuse prin acoperiş. Dulapurile erau smulse din pereţi şi aruncate la podea. Lustrele căzuseră din tavan şi atârnau în aer de cabluri care scoteau scântei. O parte de izolaţie era prinsă de ce mai rămăsese din tavan şi stătea ca o limbă atârnată. De sus ţiglele cădeau şi se împrăştiau pe linoleu. Prin gaura căscată în acoperiş se revărsa ploaia.

Am trecut prin sufragerie tocmai când un alt copac a căzut peste casă. Toate cele patru ferestre ale încăperii s-

au spart în acelaşi timp şi peste tot zburau cioburi. Cădeau zeci de copaci, unii smulşi din rădăcină, alţii rupţi la 25 de metri de pământ.

Am luat-o în jos pe scări cu intenţia de a mă refugia. Dar când am ajuns la subsol am văzut că pe podea apa era de vreo 10 centimetri şi nivelul creştea rapid. Stând pe ultima treaptă, gândurile îmi alergau şi mă întrebam ce se întâmpla (uragan? atac nuclear? cutremur? tornadă? invazie extraterestră?) 1, încercând să-mi dau seama ce să fac.

Cum stăteam acolo în boxeri, am devenit conştient de bătăile puternice ale inimii mele. Gura îmi era uscată, respiraţia rapidă, muşchii îmi erau tensionaţi, pulsul iute, adrenalina îmi curgea prin sânge – răspunsul de luptă-sau-fugă era activat pe deplin. În timp ce-mi simţeam inima cum bate cu putere, mi s-a părut că senzaţiile mele fizice erau asemănătoare cu cele dintr-un atac de panică sau dintr-un episod de teroare fobică. Dar chiar dacă acum pericolul era mult mai real decât într-un atac de panică, chiar dacă eram conştient

9 A fost, după cum a tras concluzia mai apoi compania de asigurări, „un eveniment de tip tornadă”.

că se putea să fiu rănit sau (cine ştie) să mor dacă s-ar fi prăbuşit acoperişul şi dacă ar fi căzut copaci enormi, sufeream mai puţin decât în timpul unui atac de panică. Da, eram speriat, dar mă uimea forţa Naturii, capacitatea ei de a dărâma în jurul meu casa aparent solidă şi de a pune la pământ nenumăraţi copaci impunători. De fapt, era destul de […] palpitant. Atacul de panică e mai rău?

În următoarele câteva săptămâni am fost ocupat cu formalităţile companiei de asigurări, cu angajaţii companiei de reparaţii în caz de dezastru, cu agenţii imobiliari şi cu mutarea, şi nu m-am ocupat deloc de carte. Pe măsură ce se scurgeau preţioasele zile ale perioadei cu jumătate de normă, m-am găsit din nou într-o situaţie sfâşietoare. Mă temeam că dacă nu mă întorceam la muncă îmi pierdeam slujba; dacă mă întorceam, probabil

nu respectam termenul-limită (şi poate îmi pierdeam slujba oricum). Şi mai rău de atât ar fi fost să primesc din exterior o confirmare a convingerii mele din toţi aceşti ani: că sunt un eşec – slab, dependent, anxios, nedemn.

— Scott! mi-a spus dr. W. când îi dădeam înainte cu lucrurile astea. Tu te auzi? Ai scris deja o carte. Întreţii o familie. *Ai* o slujbă.

Mai târziu în acea zi mi-a trimis un e-mail:

Când făceam însemnările după întâlnirea noastră, mi-am dat seama că trebuie să interiorizezi mai bineleedbackul pozitiv […]. *Abilităţile tale sunt departe de imaginea de inadecvare pe care o ai tot timpul în minte. Te rog, încearcă să asimilezi asta.*

I-am răspuns:

Voi încerca să asimilez comentariile astea – dar le voi da imediat deoparte sau mă voi retrage sau le voi raţionaliza.

9 Ca o confirmare, două nopţi mai târziu m-am trezit cu o durere de burtă care a declanşat instantaneu o panică mizerabilă şi cutremurătoare şi care m-a făcut să înghit disperat vodcă şi Xanax şi Dramamine în căutarea năvalnică a inconştienţei – ceea ce probabil m-a expus unui risc mai mare de moarte decât furtuna care mi-a dărâmat casa.

Mi-a răspuns:

Scott, răspunsul automat e să dai deopartefeedbackul pozitiv. Ăsta e motivul pentru care schimbarea este atât de dificilă. Dar începutul acestui proces este să te împotriveşti leviatanului negativ.

Tot ce ţi se poate cere e să încerci.

Bineînţeles, ironia e că, aşa cum îmi tot spune dr. W., calea către sănătatea mintală şi absenţa anxietăţii este aprofundarea a ceea ce el numeşte, pe baza cercetării psihologului cognitivist Albert Bandura3, autoeficacitate. (Bandura considera că demonstrarea repetată a propriei competenţe şi capacităţi de a stăpâni situaţiile şi faptul de a face asta în ciuda sentimentelor de anxietate, depresie

sau vulnerabilitate duce la construirea încrederii în sine şi a forţei psihologice care pot constitui un scut puternic împotriva anxietăţii şi depresiei.) Totuşi, pentru a scrie această carte a trebuit să mă bălăcesc în ruşinea, anxietatea şi slăbiciunea mea, astfel încât să le conturez şi să le ilustrez – o experienţă care nu a făcut decât să confirme profunzimea şi durata îndelungată a anxietăţii şi vulnerabilităţii mele. Desigur, presupun că, şi dacă scrierea acestei cărţi mi-a intensificat sentimentele de ruşine, anxietate şi slăbiciune şi a accentuat sentimentele de „dependenţă neajutorată" care, conform psihiatrilor de la Spitalul McLean, îl afectau pe străbunicul meu, m-a ajutat totodată să înţeleg că eforturile mele de a rezista efectului lor coroziv sunt o dovadă a faptului că am resursele pentru a le depăşi. Poate că dacă am săpat în anxietatea mea pentru această carte pot să sap până ajung de cealaltă parte. Nu că aş putea să scap de anxietate sau să mă vindec. Dar în încheierea acestei cărţi, deşi e o carte care zăboveşte îndelung asupra neajutorării şi ineficienţei mele, înseamnă poate că prezint o formă de eficacitate, perseverenţă, productivitate – şi, da, rezilienţă.

Poate că de fapt nu sunt – în ciuda dependenţei mele de medicamente, în ciuda flirtului meu cu internarea, în ciuda genotipului de patologie transmis de strămoşii mei, în ciuda vulnerabilităţii şi a ceea ce uneori pare agonia intolerabilă fizic şi mental a anxietăţii mele – atât de slab pe cât cred că sunt. Să luăm ca exemplu prima frază a acestei cărţi: „Am tendinţa nefericită de a ezita în momentele cruciale". Mi se pare adevărată. („Nevroticul", scrie Karen Homey în *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, „insistă cu tenacitate că este slab".) Şi totuşi, după cum îmi arată tot timpul dr. W., eu *chiar* am supravieţuit nunţii mele şi am reuşit (până acum) să continui să fiu productiv şi bine plătit timp de mai bine de 20 de ani, în ciuda anxietăţii adesea debilitante.

— Scott, spune el. În ultimii câţiva ani ai condus o revistă şi ai editat multe dintre articolele principale, ai

lucrat la cartea ta, ai avut grijă de familia ta şi ai făcut faţă distrugerii casei tale şi vicisitudinilor şi provocărilor normale ale vieţii.

Eu am răspuns că am reuşit toate astea numai cu ajutorul medicaţiei (uneori masive) – şi că tot ce-am realizat a fost însoţit de îngrijorare constantă şi de panică şi a fost punctat de momente de cădere aproape totală, care întotdeauna mă expun riscului de a mă arăta drept nevolnicul anxios care sunt.

— Ai un handicap – tulburarea de anxietate, spune el. Totuşi o gestionezi şi, aş spune, chiar progresezi în ciuda ei. Eu tot cred că te putem vindeca. Dar între timp trebuie să recunoşti că, date fiind lucrurile cu care lupţi, ai realizat multe. Trebuie să-ţi recunoşti meritele.

Poate că încheierea şi publicarea acestei cărţi – şi, da, recunoaşterea ruşinii şi fricii mele în faţa lumii – mă vor face mai puternic şi vor reduce anxietatea.

Presupun că voi afla asta destul de curând.

Mulţumiri

9

Această carte probabil nu ar fi existat dacă Kathryn Lewis nu i-ar fi arătat, fără ştirea mea, un e-mail cu gândurile mele neîncheg ate lui Sarah Chalfant de la Agenţia Wylie – şi aproape sigur nu ar exista dacă Sarah nu m-ar fi căutat şi nu m-ar fi îmboldit, cu răbdare, dar neînduplecată, să vin cu o propunere concretă. Scott Moyers, în perioada în care a fost la Agenţia Wylie, m-a ţinut de mână în nişte vremuri tulburi şi mi-a oferit şi vorbe înţelepte, şi sfaturi practice. Andrew Wylie este tocmai cum spune legenda: un agent mare şi redutabil – îl vrei de partea ta. Nu există campion al scriitorilor mai mare decât Andrew.

Marty Asher, un editor empatic, a înţeles imediat ce încercam să fac şi entuziasmul lui faţă de carte a adus-o la Knopf. Căldura şi numeroasele acte de bunătate ale lui Marty au susţinut cartea (şi pe mine) prin nişte perioade dificile.

Îi sunt îndatorat de trei ori lui Sonny Menta: în primul rând pentru că a semnat achiziţionarea iniţială a cărţii de către Marty; în al doilea rând pentru răbdarea lui când scrierea nu progresa; şi în al treilea rând pentru a-i fi trimis manuscrisul lui Dan Frank spre redactare. Dan s-a îngrijit de carte şi a făcut-o mult mai bună. Am lucrat 20 de ani ca redactor şi îmi place să cred că recunosc o redactare bună: Dan este un redactor strălucit şi un om bun. Amy Schroeder a contribuit la descâlcirea prozei mele. Datorită lui Jill Verrillo, Gabrielle Brooks, Jonathan Lazzara şi Betsy Sallee, printre alţii, este o plăcere să fii autor Knopf.

Sunt recunoscător pentru bursele acordate de taberele de creaţie Yaddo şi MacDowell, care mi-au oferit timp şi spaţiu de lucru.

Numeroşi oameni au contribuit cu idei, m-au îndrumat spre surse utile sau m-au sprijinit în alte moduri: Anne Connell, Meehan Crist, Kathy Crutcher, Toby Lester, Joy de Menii, Nancy Milford.

MULŢUMIRI 397

Cullen Murphy, Justine Rosenthal, Alex Starr şi Graeme Wood. Alane Mason, Jill Kneerim şi Paul Elie m-au ajutat dându-mi un feedback în privinţa cărţii în faza iniţială a propunerii, înainte să se fi structurat. Alies Muskin, directorul executiv al Asociaţiei Americane pentru Anxietate şi Depresie, mi-a oferit cu generozitate timp şi date de contact.

Cumnatul meu, Jake Pueschel, mi-a fost un valoros asistent de cercetare – a găsit pentru mine sute de articole ştiinţifice şi, mai important, m-a ajutat să procesez şi să interpretez datele mele genetice. Părinţii lui Jake, socrii mei, Barbara şi Kris Pueschel, mi-au oferit sprijin deopotrivă moral şi pentru îngrijirea copiilor – şi au tolerat prea-frecventele mele absenţe de la evenimentele familiale, când mă grăbeam să respect termenele-limită.

La *The Atlantic*, le sunt recunoscător colegilor (şi foştilor colegi) care au suportat absenţele mele periodice

şi mi-au ţinut locul când eu lucram la carte – printre aceştia sunt Bob Cohn, James Fallows, Geoff Gagnon, James Gibney, Jeffrey Goldberg, Corby Kummer, Chris Õrr, Don Peck, Ben Schwarz, Ellie Smith şi Yvonne Rolzhausen. (în chestiunile administrative, Scott Havens, preşedintele *Atlantic*, Justin Smith, preşedintele Atlantic Media, şi David Bradley, directorul şi patronul Atlantic Media, au dat dovadă de binecuvântată toleranţă oferindu-mi timp să lucrez la această carte.) însă mai mult decât oricărui alt coleg de la *Atlantic* le sunt dator lui Jennifer Barnett, Mariei Streshinsky şi lui James Bennet, care au rezolvat cu multă generozitate problemele provocate de absenţa mea. Mi-e teamă că i-am mâncat câţiva ani de viaţă lui James.

În ciuda a orice, le sunt recunoscător dr. L., dr. M., dr. Harvard, dr. Stanford şi celorlalţi terapeuţi şi asistenţi sociali şi hipnotizatori şi farmacologi care nu au fost numiţi sau care nu au mai intrat la montaj. Îi sunt în continuare recunoscător fără rezerve dr. W: Îţi mulţumesc pentru că mă ajuţi să mă menţin pe linia de plutire.

Doresc să mulţumesc familiei mele – în special tatălui meu, mamei mele, surorii mele şi bunicului meu. Îi iubesc pe toţi. Niciunul din ei (cu excepţia notabilă a tatălui meu) nu s-a bucurat că scriam această carte – şi au fost şi mai nemulţumiţi să apară ei înşişi în ea. (îi sunt recunoscător tatălui meu mai ales pentru că mi-a oferit acces la jurnalul lui.) Am încercat să fiu atât de precis şi de obiectiv pe cât mi-au permis memoria şi documentaţia limitată. Unii membri ai familiei ar pune la îndoială anumite lucruri despre care am scris aici. Mi-e teamă că o parte din ei văd lucrurile pe care le-am dezvăluit despre Chester Hanford ca o profanare a amintirii lui şi o distrugere a demnităţii lui. Vreau să spun că îl respect enorm şi sper ca în lupta cu propria mea anxietate să mă ridic la standardul de graţie, decenţă, bunătate şi perseverenţă pe care l-a reprezentat el. (îi datorez mulţumiri bunicului meu, care – deşi a spus ferm că nu dorea să ştie ce scria în rapoartele psihiatrice ale tatălui său – a fost dispus să mă lase să aflu şi m-a

ajutat să navighez prin aspectele juridice ale succesiunii pentru a face rost de ele.)

Ca întotdeauna, cele mai profunde mulţumiri soţiei mele, Susanna. A petrecut la început multe ore la Biblioteca Institutului Naţional de Sănătate căutând articole ştiinţifice şi cărţi. A depăşit orice aşteptare rezonabilă de sprijin acordat partenerului, ajutându-mă să răzbat prin hăţişurile şi impedimentele birocratice pentru a reuşi să am acces la rapoartele de sănătate mintală ale străbunicului meu. Şi, cel mai important, dacă ai citit această carte ştii că menţinerea mea într-o stare de echilibru este uneori o muncă dificilă şi ingrată. Această muncă apasă cel mai greu pe umerii Susannei – şi pentru asta n-o s-o pot niciodată răsplăti îndeajuns.

Note

1. NATURA ANXIETĂŢII

1. Informaţiile despre costurile pe care le implică anxietatea şi sănătatea mintală sunt preluate din „The Economic Burdens of Anxiety Disorders in the 1990's", un raport cuprinzător publicat în *The Journal of Clinical Psychiatry* 60, nr. 7 (iulie 1999).

2. Ronald Kessler, epidemiolog la Harvard, a studiat acest aspect zeci de ani. Vezi, de exemplu, articolul său „Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Archives of General Psychiatry* 62, nr. 6 (iunie 2005), pp. 593 – 602.

3. R.C. Kessler *et al.*, „Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U.S. Workers", *The American Journal of Psychiatry* 163 (2006), pp. 1561 – 1568. Vezi şi „Economic Burdens".

4. U.S. Bureau of Labor Statistics, „Table R67: Number and Percent Distribution of Nonfatal Occupational injuries and Illnesses Involving Days Away from Work by Nature of înjury or Illness a. nd Number of Days Away from Work, 2001".

5. *Drug Topics*, martie 2006.

6. „Taking the Worry Cure”, *Newsweek*, 24 februarie, 2003. Vezi şi Restak, *Poe’s Heart*, p. 185.

7. Raport al Wolters Kluwer Health, companie de studii medicale, citat în Restak, *Poe’s Heart*, p. 185.

8. Mental Health Foundation*, in the Face of Fear*, aprilie 2009, pp. 3 – 5.

9. „Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys”, *The Journal of the American Medical Association* 291 (iunie 2004), pp. 2581 – 2590.

10. „Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Sistematic Review of the Literature”, *The Canadian Journal of Psychiatry* 51 (2006), pp. 100 – 113.

11. De exemplu, „Global Prevalence of Anxiety Disorders: A Sistematic Review and Metaregression”, *Psychological Medicine* 10 (iulie 2012), pp. 1-14.

12. Vezi, de exemplu, „Content of Family Practice: A Data Bank for Patient care, Curriculum, and Research în Family Practice – 526, 196 Patient Problems”, *The Journal of Family Practice* 3 (1976), pp. 25 – 68.

13. „The Hidden Mental Health Network: Treatment of Mental Illness by Non-psychiatric Physicians”, *Archivesof General* Psychiatry42 (1985), pp. 89 – 94.

14. „Panic Disorder: Epidemiology and Primary care”, *The Journal of Family Practice* 23 (1986), pp. 233 – 239.

15. „Quality of care of Psychotropic Drug Use în Internal Medicine Group Practices”, *Western Journal of Medicine* 14 (1986), pp. 710 – 714.

16. Vezi, de exemplu, Peter D. Kramer, „Tapping the Mood Gene”, *The New York Times*, 26 iulie 2003. Vezi şi Restak, *Poe’s Heart*, pp. 204 – 212.

17. Thomas Insei, „Heeding Anxiety’s Call” (prelegere susţinută la 19 mai 2005).

18. Roccatagliata, *History of Ancient Psychiatry*, p.

38.

19. Maurice Charlton, „Psychiatry and Ancient Medicine”, în *Historical Derivations of Modern Psychiatry*, p. 16.

20. Charlton, „Psychiatry and Ancient Medicine”, p. 12.

21. Vezi, de exemplu, Rachel Yehuda *et al.*, „Transgeneraţional Effects of Posttraumatic Stress Disorder în Babies of Mothers Exposed to the World Trade Center Attacks During Pregnancy”, *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90, nr. 7 (iulie 2005), p. 4115; Rachel Yehuda et al., „Gene Expression Patterns Associated with Posttraumatic Stress Disorder Following Exposure to the World Trade Center Attacks”, *Biological Psychiatry* 66 (7) (2009), pp. 708 – 711.

22. Citat în Hunt, *Story of Psychology*, p. 72.

23. Vezi, de exemplu, „The Relationship Between Intelligence and Anxiety: An Association with Subcortical White Matter Metabolism”, *Frontiers în Evolutionary Neuroscience* 3, nr. 8 (februarie 2012). (De asemenea, în privinţa IQ-ului evreilor: Steven Pinker, care în 2007 a susţinut o prelegere intitulată „Jews, Genes, and Intelligence”, spune că „IQ-ul lor mediu se situează între 108 şi 115”. Richard Lynn, autorul articolului din 2004 „The Intelligence of American Jews”, spune că inteligenţa evreilor este cu o jumătate de deviaţie standard mai mare decât media europeană. Henry Harpending, Jason Hardy şi Gregory Cochran, autorii de la Universitatea din Utah ai raportului de cercetare din 2005 „Natural History of Ashkenazi Intelligence”, afirmă că subiecţii lor „au scoruri cu 7 5 sau 1. O deviaţie standard peste media generală europeană şi care corespund unui IQ între 112 şi 115”.)

24. „The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation”, *The Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18 (1908), pp. 459 – 482.

25. *Los Angeles Examiner*, 4 noiembrie 1957, citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 87.

26. *Los Angeles Examiner*, 23 martie 1958, citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 87.

27. Barlow, *Anxiety and Its Disorders*, p. 9.

28. James, *Varieties of Religious Experience*, p. 134.

29. Steve Coll, „The General's Dilema", *The New Yorker*, 8 septembrie 2008.

CAPITOLUL 2: DESPRE CE VORBIM CÂND VORBIM DESPRE ANXIETATE?

1. Jaspers, *General Psychopathology*, pp. 113 – 114.

2. Lifton, *Protean Self*, p. 101.

3. Niebuhr, *Nature and Destiny*, vol. 1, p. 182.

4. Hoch şi Zubin, *Anxiety*, V.

5. Theodore R. Sarbin, „Anxiety: Reification of a Metaphor", *Archives of General Psychiatry* 10 (1964), pp. 630 – 638.

6. Kagan, *What Is Emotion*? p. 41.

7. Vezi, de exemplu, „Three Essays on the Theory of Sexuality", în Freud, *Basic Writings* („Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii", în Freud, *Opere esenţiale* – n.tr.).

8. Citat în Roccatagliaţia, *History of Ancient Psychiatry*, p. 204.

9. Freud, *Problem of Anxiety*, p. 60 (*Inhibiţie, simptom, angoasă*, trad. rom. cât., p. 300-n.tr.).

10. Homey, *Neurotic Personality*, p. 41 (*Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, trad. de Leonard Gavriliu, Univers Enciclopedic, Bucureşti, 2010, p. 34-n.tr.).

11. Vezi, de exemplu, R. Spitzer şi J. Fleiss, „A Re-analysis of the Reliability of Psychiatric Diagnosis", *The British Journal of Psychiatry* 125 (1974), pp. 341347; Stuart A. Kirk şi Herb Kutchins, „The Myth of the Reliability of *DSM*, *Journal of Mind and Behavior* 15, nr. 1 – 2 (1994), pp. 71 – 86.

12. Pentru mai multe informaţii despre tradiţia stresului, vezi secţiunea „Anxiety and the Stress Tradition" în Horwitz şi Wakefield, *All We Have to Fear*, pp. 200 – 204.

13. Burton, *Anatomy*, p. 261.
14. *Ibid.*, p. 431.
15. Breggin, *Medication Madness*, p. 331.
16. Kagan, *What Is Emotion*? p. 83.
17. Vezi, de exemplu, „Fear and the Amygdala”, *The Journal of Neuroscience* 15, nr. 9 (septembrie 1995), pp. 5879 – 5891.
18. Cannon, *Bodily Changes*, p. 74.
19. James, *Principles of Psychology*, p. 415.
20. Citat în Fisher, *House of Wits*, p. 81.
21. LeDoux, *Emoţional Brain*, p. 107.
2 2. Această informaţie provine din cercetările realizate în Eric Kandel şi descrise în Barber, *Confortably Numb*, pp. 191 – 196.
23. Kagan, *What Is Emotion*? p. 17.
24. Barlow, *Anxiety and Its Disorders*, p. 35.
25. Sapolsky, *Zebras*, p. 182.
26. Citat în Stephen Hall, „Fear Itself”, *The New York Times Magazine*, 28 februarie 1999.
27. Gray şi McNaughton, *Neuropsychology of Anxiety*, p. 12.
28. Maurice Charlton, „Psychiatry and Ancient Medicine”, în Galdston, *Histone Derivations*, p. 15.
29. G. Dezbordes *et al.*, „Effects of Mindful-Attention and Compassion Meditation Training on Amygdala Response to Emoţional Stimuli în an Ordinary, Non-meditative State”, *Frontiers of Human Neuroscience* 6 (2012), p. 292.
30. Vezi, de exemplu, Richard J. Davidson şi Antoine Lutz, „Buddha’s Brain: Neuroplasticity and Meditation”, *IEEE Signal Processing Magazine* 25, nr. 1 (ianuarie 2008), pp. 174 – 176.
31. Vezi, de exemplu, R.W. Levenson, P. Ekman şi M. Ricard, „Meditation and the Startle Response: A Case Study”, *Emotion* 12, nr. 3 (iunie 2012), pp. 650 – 658; pentru mai multe informaţii în privinţa contextului, vezi Tom Bartlett, „The Monk and the Gunshot”, *The Chronicle*

of Higher Education, 21 august 2012.

32. Richard A. Friedman, „Like Drugs, Talk Therapy Can Change Brain Chemistry”, *The New York Times*, 27 august 2002.

3 3. William James a formulat asta pentru prima dată în „What Is an Emotion?”, un articol pe care l-a publicat în revista de filosofie *Mind* în 1884.

34. S. Schachter şi J.E. Singer, „Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emoţional State”, *Psychological Review* 69, nr. 5 (1962), pp. 379 – 399. Joseph LeDoux oferă o bună descriere a acestui experiment şi a istoriei teoriei James-Lange în *Emoţional Brain*, pp. 46 – 49.

35. Tillich, „Existenţial Philosophy”, *Journal of the History of Ideas* 5, nr. 1 (1944), pp. 44 – 70. (A apărut mai târziu, în cartea din 1959 a lui Tillich, *Theology of Culture*.)

36. Vezi, de exemplu, Gabbard, „A Neurobiologically Informând Perspective on Psychotherapy”, *The British Journal of Psychiatry* 177 (2000), p. 11; A. Ohman şi J.J.F. Soares, „Unconscious Anxiety: Phobic Responses to Masked Stimuli”, *Journal of Abnormal Psychology* (1994); John T. Cacioppo *et al.*, „The Psychophysiology of Emotion”, *Handbook of Emotions* 2 (2000), pp. 173 – 191.

37. Shawn, *Wish*, p. 10.

38. Joseph Wolpe, *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958, pp. 53 – 62.

39. Breger, *Dream*, p. 29.

CAPITOLUL 3: SE MIŞCĂ CEVA PRIN BURTĂ

1. David Barlow „Providing Best Treatments for Patients with Panic Disorder”, Conferinţa anuală a Asociaţiei Americane pentru Anxietate şi Depresie, Miami, 24 martie 2006.

2. Lauren Stater, „The Crudest Cure”, *The New York Times*, 2 noiembrie 2003.

3. „A Phobia Fix”, *The Boston Globe*, 26 noiembrie

2006.

4. J.K. Ritow, „Brief Treatment of a Vomiting Phobia”, American *Journal of Clinical Hypnosis* 21, nr. 4 (1979), pp. 293 – 296.

5. Northfield, *Conquest of Nerves*, p. 37.

6. Harvard Medical School, *Sensitive Gut*, p. 71.

7. *Ibid.*, p. *71*.

8. William E. Whitehead et al., „Tolerance for Rectosigmoid Distention in Irritable Bowel Syndrome”, *Gastroenterology* 98, nr. 5 (1990), p. 1187; William E. Whitehead, Bernard T. Engel şi Marvin M. Schuster, „Irritable Bowel Syndrome”, *Digestive Diseases and Sciences* 2 5, nr. 6 (1980), pp. 404 – 413.

9. Ingvard Wilhelmsen, „Brain-Gut Axis as an Example of the Biopsycho-social Model”, *Gut 47*, supl. 4 (2000), pp. 5 – 7.

10. Walter Cannon, „The Influence of Emoţional States on the Functions of the Alimentary Canal”, *The American Journal of the Medical Sciences* 137, nr. 4 (aprilie 1909), pp. 480 – 486.

11. Andrew Fuliwood? i Douglas A. Drossman, „The Relationship of Psychiatric Illness with Gastrointestinal Disease”, *Annual Review of Medicine* 46, nr. 1 (1995), pp. 483 – 496.

12. Robert G. Maunder, „Panic Disorder Associated with Gastrointestinal Disease: Review and Hypotheses”, *Journal of Psychosomatic Research* 44, nr. 1 (1998), p. 91.

13. Citat în Roccatagliata, *History of Ancient Psychiatry*, p. 106.

14. Citat în Sarason şi Spielberger, *Stress and Anxiety*, vol. 2, p. 12.

15. Wolf şi Wolff, *Human Gastric Function*, p. 112.

16. Richard W. Seim, C. Richard Spates şi Amy E. Naugle, „Treatment of Spasmodic Vomiting and Lower Gastrointestinal Distress Related to Travel Anxiety”, *The Cognitive Behaviour Therapist 4*, nr. 1 (2011), pp. 30 – 37.

17. Álvarez, *Nervousness*, p. 123.

18. *Ibid.*, p. 266.
19. *Ibid.*, *p*. 11.
20. *Ibid.*, *p*. *22*.
21. *Ibid.*, p. 17.
22. *Ibid*.
23. Angela L. Davidson, Christopher Boyle? i Fraser Lauchlan, „Scared to Lose Control? General and Health Locus of Control în Females with a Phobia of Vomiting”, *Journal of Clinical Psychology* 64, nr. 1 (2008), pp. 30 – 39.
24. Tallis, *Kingdom of Infinite Space*, p. 193.
25. Citat în Desmond? i Moore, *Darwin*, p. 531.
26. Citat pe larg în Colp, *To Be an Invalid*, pp. 43 – 53.
27. Desmond şi Moore, *Darwin*, p. 530.
28. Citat în Colp, *To Be an Invalid*, p. 84.
29. Hooker, *Life and Letters of Joseph Dalton Hooker*, vol. 2, p. 72.
30. Anthony K. Campbell şi Stephanie B. Matthews, „Darwin’s Illness Revealed”, *Postgraduate Medical Joumalăl*, nr. 954 (2005), pp. 248 – 251.
31. Bowlby, *Charles Darwin*, p. 229.
32. Thomas J. Barloon şi Russell Noyes Jr., „Charles Darwin and Panic Disorder”, *The Journal of the American Medical Association* 277, nr. 2 (1997), pp. 138 – 141.
33. Edward J. Kempf, „Charles Darwin – the Affective Sources of His Inspiration and Anxiety Neurosis”, *The Psychoanalytic Review 5* (1918), pp. 151 – 192.
34. Jerry Bergman, „Was Charles Darwin Psychotic? A Study of His Mental Health” (Institute of Creation Research, 2010).
35. Darwin, *Autobiography*, p. 28 (vezi şi *Autobiografia lui Charles Darwin*, *180*9 – *1882*, editată de Nora Barlow, urmată de fragmente din *Călătoria unui naturalist în jurul lumii*, trad. de Ioana Miruna Voiculescu, Andrei Bontaş, Ancuţa Bontaş, Bucureşti: Humanitas, 2017, p. 114 – n.tr.).
36. *Ibid.*, p. 28 (trad. rom. cât., p. 114 – n.tr.).

37. *Life and Letters of Charles Darwin*, vol. 1, p. 349.
38. Darwin, *Autobiography*, p. 39.
39. Quammen, *Reluctant Mr. Darwin*, p. 62.
40. Între surse se numără, printre altele, Bowlby, *Charles Darwin*; Colp, *To Be an Invalid*; Desmond şi Moore, *Darwin*; Browne, *The Power of Place şi* Quammen, *The Reluctant Mr. Darwin*.
41. Bowlby, *Charles Darwin*, p. 300.
42. *Ibid.*, p. 335.
43. *Ibid.*, p. 343.
44. *Ibid.*, p. 11.
45. *Ibid.*, p. 375.
46. Desmond şi Moore, *Darwin*, p. 358.
47. Bowlby, *Charles Darwin*, p. 282.

CAPITOLUL 4: ANXIETATEA DE PERFORMANŢĂ

1. Oppenheim, „*Shattered Nerves*”, p. 114.
2. Davenport-Hines, *Pursuit of Oblivion*, p. 56.
3. Citat în Marshall, *Social Phobia*, p. 140.
4. „Memoir of William Cowper”, *Proceedings of the* American *Philosophical Society 97*, nr. 4 (1953), pp. 359 – 382.
5. Gandhi, *Autobiography*. (Am fost îndrumat către această sursă de capitolul
5 al cărţii *Nerve* de Taylor Clark.)
6. Toate informaţiile oferite aici despre Jefferson provin din cartea *American Obsessives* a lui Joshua Kendall, p. 21.
7. Mohr, *Gasping for Airtime*, p. 134.
8. „Hugh Grant: Behind That Smile Lurks a Deadly Serious Film Star”, *USA Today*, 17 decembrie 2009.
9. „A Gloom of Her Own”, *The New York Times Magazine*, 21 noiembrie 2004.
10. Vezi, de exemplu, Kramer, *Freud*, p. 42.
11. Casper, Johann Ludwig, „Biographic d’une idee fixe” (tradusă în franceză, 1902), *Archives de Neurologie*, 13, pp. 270 – 287.
12. Darwin, *Expression*, p. 284 (*Expresia*... trad.

rom., cât., pp. 187 – 188 – n.tr.).

13. Burgess, *Physiology or Mechanism of Blushing*, p. 49.

14. Hartenberg, *Les timides et la timidite*, Paris: Felix Alcan, 1901.

15. Pierre Janet, *Les obsessions et la psychiatric*, Paris: Alcan, 1903.

16. Ken-Ichiro Okano, „Shame and Social Phobia: A Transcultural Viewpoint", *Bulletin of the Menninger Clinic 58*, nr. 3 (1994), pp. 323 – 338.

17. Michael Liebowitz *et al.*, „Social Phobia", *Archives of General Psychiatry* 42, nr. 7 (1985), pp. 729 – 736.

18. „Disorders Made to Order", *Mother Jones*, iulie-august 2002.

19. Vezi Manjula *et al.*, „Social Anxiety Disorder (Social Phobia) – a Review", *International Journal of Pharmacology and Toxicology* 2, nr. 2 (2012), pp. 55 – 59.

20. Vezi Davidson *et al.*, „While a Phobic Waits: Regional Brain Electrical and Autonomic Activity în Social Phobias During Anticipation of Public Speaking", *Biological Psychiatry* 47 (2000), pp. 85 – 95.

21. „On Anxiety", în Epictetus, *Discourses*, cap. 13.

22. Vezi, de exemplu, Kathryn J. Zerbe, „Uncharted Waters: Psychodynamic Considerations in the Diagnosis and Treatment of Social Phobia", *Bulletin of the Menninger Clinic58*, nr. 2 (1994), A3. Vezi şi Capps, *Social Phobia*, pp. 120 – 125.

23. „Anxious Adults Judge Facial Cues Faster, but Less Accurately", *Science News*, 19 iulie 2006.

24. „Whaddya Mean by That Look?", *Los Angeles Times*, 24 iulie 2006.

25. Vezi, de exemplu, Arne Ohman, „Face the Beast and Fear the Face: Animal and Social Fears as Prototypes for Evolutionary Analyses of Emotion", *Psychophysiology 23*, nr. 2 (martie 1986), pp. 123 – 145.

26. Marshall, *Social Phobia*, p. 50.

27. K. Blair et al., *The American Journal of Psychiatry* 165, nr. 9 (septembrie 2008), pp. 193 – 202; K. Blair *et al.*, *Archives of General Psychiatry* 65, nr. 10 (octombrie 2008), pp. 1176 – 1184.

28. K. Blair *et al.*, „Neural Response to Selfand Other Referenţial Praise and Criticism în Generalizând Social Phobia", *Archives of General Psychiatry* 65, nr. 10 (octombrie 2008), pp. 1176 – 1184.

29. De exemplu, Murray B. Stein *et al.*, „Increased Amygdala Activation to Angry and Contemptuous Faces în Generalizând Social Phobia", *Archives of General Psychiatry* 59, nr. 11 (2002), p. 1027.

30. Zinbarg *et al.*, „Neural and Behavioral Evidence for Affective Priming from Unconsciously Perceived Emoţional Facial Expressions and the Influence of Trăit Anxiety", *Journal of Cognitive Neuroscience* 20, nr. 1 (ianuarie 2008), pp. 95 – 107.

31. Murray B. Stein, „Neurobiological Perspectives on Social Phobia: From Afiliation to Zoology", *Biological Psychiatry* 44, nr. 12 (1998), p. 1277.

32. Vezi, de exemplu, Robert Sapolsky, „Testicular Function, Social Rank and Personality Among Wild Baboons", *Psychoneuroendocrinology* 16, nr. 4 (1991), pp. 281 – 293; Robert Sapolsky, „The Endocrine Stress-Response and Social Status in the Wild Baboon", *Hormones and Behavior* 16, nr. 3 (septembrie 1982), pp. 279 – 292; Robert Sapolsky, „Stress-Induced Elevation of Ţestosterone Concentrations in High Ranking Baboons: Role of Catecholamines", *Endocrinology* 118, nr. 4 (aprilie 1986), p. 1630.

33. Gesquiere *et al.*, „Life at the Top: Rank and Stress în Wild Male Baboons", *Science* 333, nr. 6040 (iulie 2011), pp. 357 – 360.

34. Vezi, de exemplu, Raleigh *et al.*, „Serotonergic Mechanisms Promote Dominance Acquisition in Adult Male Vervet Monkeys", *Brain Research* 559, nr. 2 (1991), pp. 181 – 190.

35. De exemplu, Lanzenberger et al., „Reduced Serotonin-lA Binding în Social Anxiety Disorder”, *Biological Psychiatry* 61, nr. 9 (mai 2007) pp. 1081 – 1089.

36. Vezi, de exemplu, Van der Linden *et al.*, „The Efficacy of the Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Social Anxiety Disorder (Social Phobia): A Metaanalysis of Randomized Controlled Trials”, *International Clinical Psychopharmacology* 15, supl. 2 (2000), ŞI 5 – 23; Stein et al., „Serotonin Transporter Gene Promoter Polymorphism Predicts SSRI Response în Generalizând Social Anxiety Disorder”, *Psychopharmacology* 187, nr. 1 (iulie 2006), pp. 68 – 72.

37. Vezi, de exemplu, Wai S. Tse şi Alyson J. Bond, „Serotonergic Intervention Affects Both Social Dominance and Afiliative Behaviour”, *Psychopharmacology*, 161 (2002), pp. 324 – 330.

38. Vezi, de exemplu, Morgan *et al.*, „Social Dominance în Monkeys: Dopamine D_2 Receptors and Cocaine Self-Administration”, *Nature Neuroscience* 5 (2002), pp. 169 – 174; Morgan *et al.*, „Predictors of Social Status în Cynomolgus Monkeys (*Macacafascicularis*) After Group Formation”, *American Journal of Primatology* 52, nr. 3 (noiembrie 2000), pp. 115 – 131.

39. Vezi, de exemplu, Stein şi Stein, „Social Anxiety Disorder”, *Lancet* 371 (2008), pp. 1115 – 1125.

40. Arthur Kummer, Francisco Cardoso şi Antonio L. Teixeira, „Frequency of Social Phobia and Psychometric Properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale în Parkinson’s Disease”, *Movement Disorders* 23, nr. 12 (2008), pp. 1739 – 1743.

41. Vezi, de exemplu, Schneier *et al.*, „Low Dopamine D_2 Reception Binding Potenţial în Social Phobia”, *The America n Journal of Psychiatry* 157 (2000), pp. 457 – 459.

42. Stein, Murray B., „Neurobiological Perspectives on Social Phobia: from Afiliation to Zoology”, *Biological Psychiatry* 44, nr. 12 (1998), pp. 1277 – 1285. Vezi şi David H. Skuse şi Louise Gallagher, „Dopaminergic Neuropeptide

Interactions in the Social Brain", *Trends în Cognitive Sciences* 13, nr. 1 (2009), pp. 27 – 35.

43. Vezi, de exemplu, Seth J. Gillihan *et al.*, „Association Between Serotonin Transporter Genotype and Extraversion", *Psychiatric Genetics* 17, nr. 6 (2007), pp. 351 – 354.

44. Sapolsky, „Social Status and Health în Humans and Other Animals", *Annual Review of Anthropology* 33 (2004), pp. 393 – 418.

45. Dirk Helmut Hellhammer et al., „Social Hierarchy and Adrenocortical Stress Reactivity în Men", *Psychoneuroendocrinology* 22, nr. 8 (1997) pp. 643 – 650.

46. Robert M. Yerkes şi John D. Dodson, „The Relation of Strenght of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation", *The Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18, nr. 5 (1908), pp. 459 – 482.

47. Tone, *The Age of Anxiety*, pp. 113 – 114.

48. Citat în Ballard, *Beautiful Game*, p. 76.

49. „Strikeouts and Psych-Outs", *The New York Times Magazine*, 7 iulie 1991.

50. Sian L. Beilock şi Thomas H. Carr, „On the Fragility of Skilled Performance: What Governs Choking Under Pressure?", *Journal of Experimental Psycology*: *General* 130, nr. 4 (2001), p. 701.

51. Pentru mai multe informaţii, vezi Beilock, *Choke*.

52. Citat în Clark, *Nerve*, p. 208.

53. Herodot, *Histories*, vol. 4., cartea 7 (vezi şi *Istorii*, trad. de Adelina Piatkowski, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1964, p. 275 – n.tr.).

54. Gabriel, *No More Heroes*, p. 104.

55. *Ibid.*, p. 139.

56. „Stress Detector for Soldiers", *BBC World News*, 29 mai 2002.

57. Citat în Gabriel, *No More Heroes*, p. 51.

58. Herman, *Trauma and Recovery*, p. 21.

59. „The Psychology of Panic în War", *American Review of Reviews* 50 (octombrie 1914), p. 629.

60. Citat în Barber, *Confortably Numb*, p. 73.
61. Citat în Bourke, *Fear*, p. 219.
62. *Ibid*.
63. Shephard, *Warof Nervers*, p. 219.
64. Jeffrey Gettleman, „Reduced Charges for Soldier Accused of Cowardice în Iraq”, *The New York Times*, 7 noiembrie 2003.
65. Jacob Mendès Da Costa, „On Irritable Heart: A Clinical Study of a Form of Funcţional Cardiac Disorder and Its Conséquences”, *The American Journal of the Medical Sciences* 121, nr. 1 (1871), pp. 2 – 52.
66. Collins, *Violence*, p. 46.
67. Paul Fussell, „The Real War, 1939 – 1945”, *The Atlantic*, august 1989.
68. Kaufman, „«III Health» as an Expression of Anxiety in a Combat Unit”, *Psychosomatic Medicine 9* (martie 1947), p. 108.
69. Citat în Clark, *Nerve*, p. 234.
70. Manchester, *Goodbye*, *Darkness*, p. 5.
71. Christopher Hitchens, „The Blair Hitch Project”, *Vanity Fair*, februarie 2011.
72. Álvarez, *Nervousness*, p. 18.
73. Vezi, de exemplu, Grinker? i Spiegel, *Men Under Stress*.
74. Leach, *Survival Psychology*, p. 24.
75. *Ibid.*, p. 25.
76. Janis, *Air War*, p. 80.
77. Bourke, *Fear*, p. 231.
78. Felix Brown, „Civilian Psychiatric Air-Raid Casualties”, *The Lancet 237*, nr. 6144 (mai 1941), p. 689.
79. V.A. Kral, „Psychiatric Observations Under Severe Chronic Stress”, *The American Journal of Psychiatry* 108 (1951), pp. 185 – 192.
80. Kathleen E. Bachynski *et al.*, „Mental Health Risk Factors for Suicides in the U.S. Army, 2007 – 2008”, *înjury Prevention* 18, nr. 6 (2012), pp. 405 – 412.
81. Hoge *et al.*, „Mental Health Problems, Use of

Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan", *JAMA* 259, nr. 9 (2006), pp. 1023 – 1032.

82. Boscarino, Joseph, „Post-traumatic Stress Disorder and Mortality Among U.S. Army Veterans 30 Years After Military Service", *Annals of Epidemiology* 16, nr. 4 (2006), pp. 248 – 256.

83. „Mike Mullen on Military Veteran Suicide", *Huffington Post*, 2 iulie 2012.

84. Charles A. Morgan *et al.*, „Relationship Among Plasma Cortizol, Catecholamines, Neuropeptide Y, and Human Performance During Exposure to Un controllable Stress", *Psychosomatic Medicine* 63, nr. 3 (2001), pp. 412 – 422.

85. „Intranasal Neuropeptide Y May Offer Terapeutic Potenţial for Post-traumatic Stress Disorder", *Medical Press*, 23 aprilie 2013.

86. Charles A. Morgan III *et al.*, „Trauma Exposure Rather Than Posttraumatic Stress Disorder Is Associated with Reduced Baseline Plasma Neuropeptide-Y Levels", *Biological Psychiatry* 54, nr. 10 (2003), pp. 1087 – 1091.

87. Brian J. Mickey *et al.*, „Emotion Processing, Major Depression, and Functional Genetic Variation of Neuropeptide Y", *Archives of General Psychiatry* 68, nr. 2 (2011), p. 158.

88. Mirjam van Zuiden et al., „Preexisting High Glucocorticoid Receptor Number Predicting Development of Posttraumatic Stress Symptoms After Military Deployment", *The American Journal of Psychiatry* 168, nr. 1 (2011), pp. 89 – 96.

89. George Plimpton, „Sportsman of the Year Bill Russell", *Sports Illustrated*, 23 decembrie 1968.

90. Vezi, de exemplu, John Taylor, *The Rivalry*: *Bill Russell*, *Wilt Chamberlain*, *and the Golden Age of Baschetball* (*New* York: Random House, 2005).

91. „Lito Sheppard Says Donovan McNabb Threw Up in the Super Bowl", *CBSP – hilly*, 8 iulie 2013.

92. Gay Talese, „The Loser”, *Esquire*, martie 1964.

93. Această secţiune despre Pisa din timpul războiului este bazată pe Arieti, *Parnas*.

CAPITOLUL 5: „O MÂNĂ DE ENZIME”.

1. „Restless Gorillas”, *Boston Globe*, 28 septembrie 2003; „Restless and Caged, Gorillas Seek Freedom”, *Boston Globe*, 29 septembrie 2003.

2. Citat, printre altele, în Kramer, *Freud*, p. 33. Pentru mai multe informaţii despre consumul de cocaină al lui Freud, vezi Markel, *An Anatomy of Addiction*.

3. Davenport-Hines, *Pursuit of Oblivion*, p. 154.

4. Ironia a fost observată, printre alţii, de Peter Kramer.

5. Tone, *Age of Anxiety*, p. 10.

6. Citat în Shorter, *Before Prozac*, p. 15.

7. Tone, *Age of Anxiety*, p. 10.

8. *The New York Times*, 23 ianuarie 1906.

9. Tone, *Age of Anxiety*, p. 22.

10. *Ibid.*, p. 25.

11. O mare parte a expunerii din aceste pagini a trecutului lui Frank Berger şi Miltown se bazează pe *Age of Anxiety* a lui Andrea Tone, pe *Before Prozac* a lui Edward Shorter şi pe *Small Confort* a lui Mickey Smith.

12. Citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 34.

13. Taylor Manor Hospital, *Discoveries în Biological Psychiatry*, p. 122.

14. Citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 43.

15. Henry H. Dixon *et al.*, „Clinical Observations on Tolserol în Handling Anxiety Tension States”, *The American Journal of the Medical Sciences* 220, nr. 1 (1950), pp. 23 – 29.

16. Borrus, „Study of Efect of Miltown (2-Methyl-2-n-Propyl-l, 3-Propoanediol Dicarbamate) on Psychiatric States”, *The Journal of the American Medical Association*, 30 aprilie 1955, pp. 1596 – 1598.

17. Lowell Selling, „Clinical Use of a New Tranquilizing Drug”, *The Journal of the American Medical*

Association, 30 aprilie 1955, pp. 1594 – 1596.

18. Citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 52.

19. „Onward and Upward with the Arts: Getting There First with Tranquility”, *The New Yorker*, 3 mai 1958.

20. Restak, *Poe’s Heart*, p. 187.

21. Citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 57.

22. Tone, *Age of Anxiety*, p. 57.

23. *Ibid.*

24. *Ibid.*, p. 58.

25. Restak, *Poe’s Heart*, p. 187.

26. Tone, *Age of Anxiety*, p. 76.

27. Restak, *Poe’s Heart*, p. 187.

28. Mărturie a lui Nathan S. Kline, *False and Misleading Advertisements (Prescription Tranquilizing Drugs): Hearings Before a Subcommittee of the Committee on Government Operations*, p. 4.

29. „Soothint, but Not for Businessmen”, *Business Week*, 10 martie 1956.

30. Tone, *Age of Anxiety*, p. 90.

31. Shorter, *History of Psychiatry*, p. 248.

32. Shorter, *Before Prozac*, p. 49.

33. Valenstein, *Blaming the Brain*, p. 27.

34. Tone, *Age of Anxiety*, p. 80.

35. Valenstein, *Blaming the Brain*, p. 27.

36. Vezi, de exemplu, D.T. Max, „The Unfinished”, *The New Yorker*, 9 martie 2009.

37. Kline, *From Sad to Glad*, p. 122.

38. Valenstein, *Blaming the Brain*, pp. 60 – 62.

39. Citat în Abbott, Alison, „Neuroscience: The Molecular Wake-up Call”, *Nature* 447, nr. 7143 (2007), pp. 368 – 370.

40. Shorter, *Before Prozac*, p. 69.

41. Valenstein, *Blaming the Brain*, pp. 69 – 70.

42. Healy, *Creation of Psychopharmacology*, p. 106, pp. 205 – 206.

43. Alfred Pletscher, Parkhurst A. Shore şi Bernard B. Brodie, „Serotonin Release as a Possible Mechanism of

Reserpine Action", *Science* 122, nr. 3165 (1955), pp. 374 – 375.

44. Healy, *Antidepressant Era*, p. 148.

45. Shorter, *Before Prozac*, p. 52.

46. Roland Kuhn, „The Treatment of Depressive States with G 22355 (Imipramine Hydrochloride)", *The America n Journal of Psychiatry* 115, nr. 5 (1958), pp. 459 – 464.

47. Healy, *Antidepressant Era*, p. 52, p. 58; Barondes, *Better Than Prozac*, pp. 31 – 32; Shorter, *Before Prozac*, p. 61.

48. Shorter, *Before Prozac*, p. 62.

49. Joseph J. Schildkraut, „The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence", *The* American *Journal of Psychiatry* 122, nr. 5 (1965), pp. 509 – 522.

CAPITOLUL ŞASE: O SCURTĂ ISTORIE A PANICII

1. Sheehan, *Anxiety Disease*, p. *37*.

2. Donald F. Klein, „Commentary by a Clinical Scientist în Psychopharmacological Research", *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 17, nr. 3 (2007), pp. 284 – 287.

3. Donald F. Klein, „Anxiety Reconceptualizând", *Comprehensive Psychiatry* 21, nr. 6 (1980), p. 411.

4. Citat în Kramer, *Listening to Prozac*, p. 80.

5. Donald F. Klein şi Max Fink, „Psychiatric Reaction Patterns to Imipramine", *The American Journal of Psychiatry* 119, nr. 5 (1962), pp. 432 – 438.

6. Citat în Kramer, *Listening to Prozac*, p. 84.

7. Donald F. Klein, „Delineation of Two Drug-Responsive Anxiety Syndromes", *Psychopharmacology* 5, nr. 6 (1964), pp. 397 – 408; Klein şi Oaks, „Importance of Psychiatric Diagnosis în Prediction of Clinical Drug Effects", *Archives of General Psychiatry* 16, nr. 1 (1967), p. 118.

8. Citat în Kramer, *Listening to Prozac*, p. 84.

9. Kramer, *Listening to Prozac*, p. 77.

10. Tone, *Age of Anxiety*, p. 111.
11. Shorter, *History of Psychiatry*, p. 105.
12. MacDonald, *Mystical Bedlam*, pp. 13 – 35.
13. Caplan, *They Say You're Crazy*, p. 234.
14. Kutchins şi Kirk, *Making Us Crazy*, p. 28.
15. David Sheehan, „Rethinking Generalizând Anxiety Disorder and Depression" (remarci de la o întrunire a Asociaţiei Americane pentru Tulburări de Anxietate, Savannah, Ga., 7 martie 2008).
16. Relatarea descoperirilor lui Stembach se bazează, printre alte surse, pe Baenninger *et al.*, *Good Chemistry*, pp. 65 – 78; Tone, *Age of Anxiety*, pp. 120 – 140.
17. Leo Stembach, „The Discovery of Librium, *Agents and Actions* 2 (1972), pp. 193 – 196.
18. Smith, *Small Confort*, p. 74.
19. Citat în Davenport-Hines, *Pursuit of Oblivion*, p. 327.
20. Tone, *Age of Anxiety*, p. 130.
21. Joseph M. Tobin şi Nolan D.C. Lewis, „New Psychotherapeutic Agent, Chlordiazepoxide Use în Treatment of Anxiety States and Related Symptoms", *The Journal of the* American *Medical Association* 17 4, nr. 10 (1960), pp. 1242 – 1249.
22. Harry H. Farb, „Experience with Librium în clinical Psychiatry", *Diseases of the Nervous Sistem* 21 (1960), p. 27.
23. Shorter, *Before Prozac*, p. 100.
24. M. Marinker, „The Doctor's Role în Prescribing", *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 23, supl. 2 (1973), p. 26.
25. Restak, *Poe's Heart*, p. 191.
26. Valenstein, *Blaming the Brain*, p. 56.
27. George E. Vaillant, Jane R. Brighton şi Charles McArthur, „Physicians' Use of Mood-Altering Drugs: A 20-Year Follow-up Report", *The New England Journal of Medicine* (1970).
28. Citat în Smith, *Small Confort*, p. 113.

29. Hollister, *Clinical Use of Psychotherapeutic Drugs*, p. 111.

30. D. Jacobs, „The Psychoactive Drug Thing: Coping or Cap Out?”, *Journal of Drug Issues* I (1971), pp. 264 – 268.

31. Vezi, de exemplu, *The American Journal of Psychiatry* 126 (1970), p. 1696. Anunţul a fost publicat şi în *Archives of General Psychiatry*.

32. Citat în Smith, *Small Confort*, p. 91.

33. Citat în Whitaker, *Anatomy of an Epidemic*, p. 137.

34. M.H. Lader, M. Ron şi H. Petursson, „Computed Axial Brain Tomography în Long-Term Benzodiazepine Users”, *Psychological Medicine* 14, nr. I (1984), pp. 203 – 206. Pentru o perspectivă mai cuprinzătoare, vezi „Brain Damage from Benzodiazepines”, *Psychology Today*, 18 noiembrie 2010.

CAPITOLUL 7: MEDICAMENTELE ŞI SEMNIFICAŢIA ANXIETĂŢII

1. M.N. Stagnitti, *Trends în Antidepressant Use by the U.S. Civilian Non-instituţionalizând Population, 1997 and 2002*, Statistical Brief 76 (Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality, mai 2005).

2. United Press International, „Study: Psych Drugs Sales Up”, 28 martie 2007.

3. Vezi, de exemplu, „În Our Streams: Prozac and Pesticides”, *Time*, *25* august 2003; „River Fish Accumulate Human Drugs”, *Nature News Service*, 5 septembrie 2003; „Frogs, Fish, and Pharmaceuticals: A Troubling Brew”, CNN.com, 14 noiembrie 2003; „Prozac in the Water”, *Governing* 19, nr. 12 (septembrie 2006); „Fish on Prozac Are Violent and Obsessive”, Smithsonian.com, 12 noiembrie 2012.

4. Healy, *Let Them Eat Prozac*, p. 39.

5. Breggin, *Talking Back to Prozac*, p. 49. Vezi şi Healy, *Let Them Eat Prozac*, p. 3 7.

6. Shorter, *Before Prozac*, p. 172.

7. Einar Hellbom, „Chlorpheniramine, Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors (SSRIS) and Over-the-Counter (OTC) Treatment", *Medical Hypotheses* 66, nr. 4 (2006), pp. 689 – 690. Vezi şi Einar Hellbom şi Mats Humble, „Panic Disorder Treated with the Antihistamine Chlorpheniramine", *Annals of Allergy, Asthma, and Immunology* 90 (2003), p. 361.

8. Healy, *Let Them Eat Prozac*, p. 39.

9. „Eternal Sunshine", *The Observer*, 12 mai 2007.

10. Citat în Barber, *Confortably Numb*, p. 55.

11. Citat în Shorter, *Before Prozac*, p. 44.

12. Joanna Moncrieff şi Irving Kirsch, „Efficacy of Antidepressants în Adults", *British Medical Journal* 331, nr. 7509 (2005), p. 155.

13. Citat în Barber, *Confortably Numb*, p. 106.

14. Tomas Helgason, Helgi Tdmasson şi Tomas Zoega, „Antidepressants and Public Health în Iceland: Time Series Analysis of National Data", *The British Journal of Psychiatry* 184, nr. 2 (2004), pp. 157 – 162.

15. Joanna Moncrieff şi faceline Pomerleau, „Trends în Sickness Benefits în Great Britain and the Contribution of Mental Disorders", *Journal of Public Health 22*, nr. 1 (2000), pp. 59 – 67.

16. Robert Rosenheck, „The Growth of Psychopharmacology in the 1990's: Evidence-Based Practice or Irrational Exuberance", *International Journal of Law and Psychiatry* 28, nr. 5 (2005), pp. 467 – 483.

17. Vezi, de exemplu, Healy, *Let Them Eat Prozac*, p. 20. Vezi şi McHenry, „Ethical Issues în Psychopharmacology", *Journal of Medical Ethics* 32 (2006), pp. 405 – 410.

18. www.who.int.

19. Greenberg, *Manufacturing Depression*, p. 193.

20. Gerald L. Kierman, „A Reaffirmation of the Efficacy of Psychoactive Drugs", *Journal of Drug Issues* I (1971), pp. 312 – 319.

21. Dean I. Manheimer *et al.*, „Popular Attitudes and

Beliefs About Tranquilizers", *The American Journal of Psychiatry* 130, nr. 11 (1973), pp. 1246 – 1253.

22. Mental Health America, Attitudinal Survey 2007.

23. Marie Asberg et al., „«Serotonin Depression» – a Biochemical Subgroup Within the Affective Disorders?", *Science* 191, nr. 4226 (1976), pp. 478 – 480.

24. „CINP Meeting with the Nobels, Montreal, Canada, June 25, 2002: Speaker's Notes – Dr. Arvid Carisson", *Collegium Internaţionale Neuro-Psychopharmacologicum Newsletter* (martie 2003).

25. L. McHenry, „Ethical Issues în Psychopharmacology", *Journal of Medical Ethics* 32, nr. 7 (2006), pp. 405 – 410.

26. Valenstein, *Blaming the Brain*, p. 96.

27. Kenneth S. Kendler, „Toward a Philosophical Structure for Psychiatry", *The American Journal of Psychiatry* 162, nr. 3 (2005), pp. 433 – 40. Pentru mai multe informaţii despre ipoteza degradării serotoninei, vezi Jeffrey R. Lacasse şi Jonathan Leo, „Serotonin and Depression: A Disconnect Between the Advertisments and the Scientific Literature", *PLOS Medicine 2*, nr. 12 (2005), e392.

28. Tolson, *Pilgrim*, p. 129.

29. Citat în *ibid.*, p. 191.

30. Peter Kramer face observaţii similare în *Listening to Prozac*.

31. Acest eseu este retipărit în colecţia lui Percy *Signposts in a Strânge Land*.

32. Citat şi discutat, printre altele, în *The Life You Save*, p. 276; Elliott şi Chambers, *Prozac as a Wap of Life*, p. 13 5.

CAPITOLUL 8: ANXIETATEA DE SEPARARE

1. Ron Kessler, „Comorbidity of Anxiety Disorders with Other Physical and Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication" (prezentare susţinută la conferinţa ADAA, Savannah, Ga., 7 martie 2008).

2. Freud, *Three Essays* (vezi *Trei eseuri asupra*

teoriei sexualităţii, trad. de Rodica Matei, în Freud, *Opere esenţiale*, vol. 5, p. 151 – n.tr.).

3. Berger, *Dream of Undying Fame*, p. 9.

4. Gay, *Freud*, p. 11.

5. Berger, *Freud*, p. 18.

6. Kramer, *Freud*, p. 20 (vezi Freud, *Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii*, trad. rom. cât., p. 126 – n.tr.)

7. *Complete Letters of Freud to Fliess*, p. 272.

8. Freud, *Problem of Anxiety*, p. 99 (*Inhibiţie, simptom, angoasă*, trad. rom. cât., p. 329 – n.tr.).

9. *Ibid.*

10. *Ibid.*, p. 119 (trad. rom. cât., p. 330-n.tr.).

11. *Ibid.*, p. 117 (vezi trad. rom. cât., pp. 343 – 344 – n.tr.).

12. Karen, *Becoming Attached*, p. 30.

13. *Ibid.*, p. 31.

14. *Ibid.*

15. Bowlby, *Separation*, p. viii.

16. Karen, *Becoming Attached*, p. 44.

17. *Ibid.*, p. 45.

18. *Ibid.*

19. Această relatare a primei călătorii a lui Ainsworth în Uganda se bazează în mare pe cartea ei *Infancy în Uganda* şi pe capitolul II din cartea lui Robert Karen, *Becoming Attached*.

20. Karen, *Becoming Attached*, p.180.

21. Konrad Z. Lorenz, „The Companion in the Bird's World", *The Auk* 54, nr. 3 (1937), pp. 245 – 273.

22. Citat în Karen, *Becoming Attached*, p. 107.

23. Issroff, *Winnicott andbowlby*, p. 121.

24. Harry Frederick Harlow, „the nature of Love", American *Psychologist* (*195S*), pp. 673 – 685.

25. Bowlby, *Secure Base*, p. 26 (*O bază de siguranţă*, p. 76 – n.tr.).

26. Vezi, de exemplu, Blum, *Love at Goon Park*.

27. Vezi, de exemplu, Yvette Spencer-Booth Robert A. Hinde, „Effects of 6 Days Separation from Mother on 18 –

to 32-Week-Old Rhesus Monkeys", *American Behaviour* 19, nr. 1 (1971), pp. 174 – 191.

28. Harry F. Harlow şi Margaret Harlow, „Learning to Love", *American Scientist* 54, nr. 3 (1966), pp. 244 – 272.

29. Vezi, de exemplu, Stepheni. Suomi, „How Gene-Environment Interactions Can Shape the Development of Socio-emotional Regulation in Rhesus Monkeys", *Emoţional Regulation and Developmental Health: Infancy and Early Childhood* (2002), pp. 5 – 26.

30. Vezi, de exemplu, Mathew *et al.*, „Neuroimaging Studies în Nonhuman Primates Reared Under Early Stressful Conditions", *Fear and Anxiety (2004)*.

31. Vezi, de exemplu, Christian Caldji *et al.*, „Maternal care During Infancy Regulates the Development of Neural Sistems Mediating the Expression of Fearfulness in the Rat", *Proceedings of the National Academy of Sciences* 95, nr. 9 (1998), pp. 5335 – 5340.

32. Vezi, de exemplu, Jeremy D. Coplan *et al.*, „Variable Foraging Demand Rearing: Sustained Elevations in Cisternal Cerebrospinal Fluid Corticotropin-Releasing Factor Concentrations in Adult Primates", *Biological Psychiatry* 50, nr. 3 (2001), pp. 200 – 204.

33. Vezi, de exemplu, Tamashirō, Kellie L.K., „Metabolic Syndrome: Links to Social Stress and Socioeconomic Status", *Annals of the New York Academy of Science* 1231, nr. 1 (2011), pp. 46 – 55.

34. Vezi, de exemplu, Joel J. Silverman et al., „Psychological Distress and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder în Jewish Adolescents Following a Brief Exposure to Concentration Camps", *Journal of Child and Family Studies* 8, nr. 1 (1999), pp. 71 – 89.

35. Maselko *et al.*, „Mother's Affection at 8 Months Predicts Emotional Distress în Adulthood", *Journal of Epidemiology & Community Health* 65, nr. 7 (2011), pp. 621 – 625.

36. Vezi, de exemplu, L Alan Sroufe, „Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from

Birth to Adulthood", *Attachment and Human Development* 7, nr. 4 (2005), pp. 349 – 367.

37. Corine de Ruiter şi Marinus H. Van Ijzendoom, „Agoraphobia and Anxious-Ambivalent Attachment: An Integrative Review", *Journal of Anxiety Disorders* 6, nr. 4 (1992), pp. 365 – 381.

38. Dozier *et al.*, „Attachment and Psychopathology în Adulthood", în *Handbook of Attachment*, pp. 718 – 744.

39. Warren *et al.*, „Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36, nr. 5 (1997), pp. 637 – 644.

40. Hane, Amie Ashley şi Nathan A. Fox, „Ordinary variations in maternal caregiving influence human infants stress reactivity", *Psychological Science* 17.6 (2006), pp. 550 – 556.

CAPITOLUL 9: OAMENI CARE AU TENDINŢA DE A SE ÎNGRIJORA

ŞI OAMENI CARE PORNESC LA LUPTĂ

1. Kenneth S. Kendler *et al.*, „The Genetic Epidemiology of Irrational Fears and Phobias în Men", *Archives of General Psychiatry* 58, nr. 3 (2001), p. 257. Vezi şi Kenneth S. Kendler, John Myers şi Carol A. Prescott, „The Etiology of Phobias: An Evaluation of the Stress-Diathesis Model", *Archives of General Psychiatry* 59, nr. 3 (2002), p. 242.

2. Vezi, de exemplu, Hettema *et al.*, „A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders", *The American Journal of Psychiatry* 158, nr. 10 (2001), pp. 1568 – 1578.

3. Giovanni Salum, „Anxiety «Density» în Families Predicts Disorders în Children" (prezentare la conferinţa ADAA, 28 martie 2011).

4. Citat în Restak, *Poe's Heart*, p. 64; vezi şi Kagan, *Unstable Ideas*, pp. 161 – 163.

5. Aceste studii sunt descrise în Robin Marantz Henig, „Understanding the Anxious Mind", *The New York*

Times Magazine, 29 septembrie 2009.

6. Vezi, de exemplu, Gleb P. Shumyatsky *et al.*, „Identification of a Signaling Network în Lateral Nucleus of Amygdala Important for Inhibiting Memory Specifically Related to Learned Fear”, *Cell* 111, nr. 6 (2002), pp. 905 – 918.

7. Vezi, de exemplu, Gleb P. Shumyatsky *et al.*, „Stathmin, a Gene Enriched in the Amygdala, Controls Both Learned and Innate Fear”, *Cell* 123, nr. 4 (2005), pp. 697 – 709.

8. Smoller *et al.*, „Influence of *RGS2* on Anxiety-Related Temperament, Personality, and Brain Function”, *Archives of General Psychiatry* 65, nr. 3 (2008), pp. 298 – 308.

9. Citat în Smoller *et al.*, „Genetics of Anxiety Disorders: The Complex Road from DSM to DNA”, *Depression and Anxiety* 26, nr. II (2009), pp. 965 – 975.

10. Leygraf *et al.*, „*RGS2* Gene Polymorphism as Modulators of Anxiety în Humans”, *Journal of Neural Transmission* 113, nr. 12 (2006), pp. 1921 – 1925.

11. Koenen *et al.*, „*RGS2* and Generalizând Anxiety Disorder în an Epidemiologic Sample of Hurrican-Exposed Adults”, *Depression and Anxiety* 26, nr. 4 (2009), pp. 309 – 315.

12. „Unique Study Identifies Gene Associated with Anxious Phenotypes”, *Medscape News*, 29 martie 2011.

13. R. Bachner-Melman *et al.*, „*A VOR1 a* and *SLC6A4* Gene Polymorphisms Are Associated with Creative Dance Performance”, *PLOS Geneticst*, nr. 3 (2005), e42.

14. Vezi, de exemplu, „Catechol O-methyltransferase Vall58 met Genotype and Neural Mechanisms Related to Affective Arousal and Regulation”, *Archives of General Psychiatry* 63, nr. 12 (2006), 1.396. De asemenea, Montag *et al.*, „COMT Genetic Variation Affects Fear Processing: Psychophysiological Evidence”, *Behavioral Neuroscience* 122, nr. 4 (2008), p. 901.

15. Enoch *et al.*, „Genetic Origins of Anxiety în

Women: A Role for a Funcţionat Catechol-o-methyltransferase Polymorphism", *Psychiatric Genetics* 13, nr. 1 (2003), pp. 33 – 41.

16. Armbruster *et al.*, „Variation in Genes Involved în Dopamine Clearance Influence the Startle Response în Older Adults", *Journal of Neural Transmission* 118, nr. 9 (2011), pp. 1281 – 1292.

17. Vezi, de exemplu, Stein *et al.*, „Warriors versus Worriers: The Role of COMT Gene Variants", *CNSS – pectrums* 11, nr. 10 (2006), pp. 745 – 748. De asemenea, „Finding the «Worrier-Warrior» Gene, *Philadelphia Inquirer*, 2 iunie 2003.

18. Citat în Stein şi Walker, *Triumph over Shyness*, p. 21.

19. De exemplu, Lesch *et al.*, „Association of Anxiety-Related Traits with a Polymorphism in the Serotonin Transporter Gene Regulatory Region", *Science* 274, nr. 5292 (1996), pp. 1527 – 1531. De asemenea, Hariri, Ahmad R. *et al.*, „Serotonin Transporter Genetic Variation and the Response of the Human Amygdala", *Science* 297, nr. 5580 (2002), pp. 400 – 403. (Pentru o perspectivă generală pertinentă şi de popularizare, vezi Dobbs, „The Science of Succes", *The Atlantic*, decembrie 2009.)

20. Charles F. Gillespie *et al.*, „Risk and Resilience: Genetic and Environmental Influences on Development of the Stress Response", *Depression and Anxiety* 26, nr. II (2009), pp. 984 – 992. Vezi şi Rebekah G. Bradley *et al.*, „Influence of Child Abuse on Adult Depression: Moderation by the Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Gene", *Archives of General Psychiatry* 65, nr. 2 (2008), p. 190; Kerry J. Ressler *et al.*, „Polymorphisms în CRHR1 and the Serotonin Transporter Loci: Gene x Gene x Environment Interactions on Depressive Symptoms", *American Journal of Medical Genetics*, *Part B*: *Neuropsychiatrie Genetics* 153, nr. 3 (2010), pp. 812 – 824.

21. *Ibid.* Vezi şi Elizabeth B. Binder *et al.*, „Association of FKBP5 Polymorphisms and Childhood

Abuse with Risk of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms în Adults", *The Journal of the* American *Medical Association* 299, nr. 11 (2008), pp. 1291 – 1305; Divya Menta *et al.*, „Using Polymorphisms în FKBP5 to Define Biologically Distinct Subtypes of Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from Endocrine and Gene Expression Studies", *Archives of General Psychiatry* (2011): archgenpsychiatry-2011.

22. Stein, Murray B., Margaret Daniele Fallin, Nicholas J. Schork şi Joel Gelemter, „COMT Polymorphisms and Anxiety-related Personality Traits", *Neuropsychopharmacology* 30, nr. II (2005), pp. 2092 – 2102.

23. Martin E.P. Seligman, „Phobias and Preparedness", *Behavior Therapy* 2, nr. 3 (1971), pp. 307 – 320.

24. Susan Mineka şi Arne Ohman, „Bom to Fear: Non-associative Vs. Associative Factors in the Etiology of Phobias", *Behaviour Research and Therapy* 40, nr. 2 (2002), pp. 173 – 184.

25. Ohman şi Mineka, „Fears, Phobias, and Preparedness: Toward an Evolved Module of Fear and Fear Learning", *Psychological Review* 108, nr. 3 (2001), p. 483.

CAPITOLUL 10: EPOCILE ANXIETĂŢII

1. Beard, *A Practical Treatise*, p. 1.

2. A.D. Rockwell, „Some Causes and Characteristics of Neurasthenia", *New York Medical Journal* 58 (1893), p. 590.

3. Beard, *American Nervousness*, p. 176.

4. *Ibid.*, p. 96.

5. *Ibid.*, pp. vii-viii.

6. *Ibid.*, p. 96.

7. Vezi, de exemplu, Micale, *Hysterical Men*, p. 23.

8. Beard, *Practical Treatise*, p. 15.

9. Citat în Micale, *Hysterical Men*, p. 35.

10. *Ibid.*

11. *Ibid.*, *p. 53.*

12. *Ibid.*, *p*. 54.
13. *Ibid.*, p. 60.
14. Pentru o explorare detaliată, vezi Lutz, American *Nervousness·*, Schuster, *Neurasthenic Nation*.
15. American Psychological Association, *Stress în America*, 2010.
16. IMS Health Date, National Disease & Terapeutic Index, Diagnosis Visits, 2002 – 2006.
17. *Ibid*.
18. Swindle *et al.*, „Responses to Nervous Breakdowns în America over a 40-year period", *American Psychologist 55*, nr. 7 (2000), p. 740.
19. Goodwin, Renée D., „The Prevalence of Panic Attacks in the United States: 1980 to 1995", *Journal of Clinical Epidemiology 55*, nr. 9 (2003), pp. 914 – 916.
20. Twenge, *Generation Me*, p. 107.
21. „How Big a Problem is Anxiety?", *Psychology Today*, 30 aprilie 2008.
22. Kessler *et al.*, „Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organizations's World Mental Health Survey Iniţiative", *World Psychiatry* 6, nr. 3 (2007), p. 168.
23. „Anxiety Disorders Have Soared Since Credit Crunch", *The Telegraph*, 1 ianuarie 2012.
24. Mental Health Foundation, *Facing the Fear*, aprilie 2009.
25. LeGoff, *Medieval Civilization*, p. 325.
26. Stater, *Pursuit of Loneliness*, p. 24.
27. Schwartz, *Paradox of Choice*, 2, p. 43.
28. Fromm, *Escape from Freedom*, p. 41 vezi *Frica de libertate*, trad. de Magdalena Măringuţ, Bucureşti: Teora, 1998, p. 44-n.tr.).
29. Tillich, *Protestant Era*, p. 245.
30. Citat în May, *Meaning of Anxiety*, p. 12.
31. *The New York Times*, 1 februarie 1948.
32. May, *Meaning of Anxiety*, p. 12.
33. Aceste observaţii ale lui Sapolsky apar în *Zebras*,

pp. 378 – 383.

34. Kagan, *What is Emotion*? p. 14.

35. May, *Meaning of Anxiety*, p. 191.

36. Hunter şi Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry*, p. 116.

37. Michel J. Dugas, Mark H. Freeston şi Robert Ladouceur, „Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry", *Cognitive Therapy and Research*!! nr. 6 (1997), pp. 593 – 606.

38. Scott Baker, Nicholas Bloom şi Steven Davis, „Measuring Economic Policy Uncertainty" (Chicago Booth Research Paper 13 – 02, 2013).

39. Citat în Oppenheim, „*Shatered Nerves*", p. 14.

40. Citat în Micale, *Hysterical Men*, p. 81.

41. Cheyne, *The English Malady*, p. XXX.

42. Burton, *Anatomy*, Cartea I, p. 34.

43. *Ibid.*, p. 21.

44. *Ibid.*, p. 261 (vezi şi Burton, *Anatomia melancoliei*, p. 66.)

45. Burton, *Anatomy*, Cartea I, 34, p. 261.

46. *Ibid.*, p. 21.

47. *Ibid.*, p. 50.

48. May, *Meaning of Anxiety*, p. XIV.

CAPITOLUL 11: SALVARE

1. Kagan a făcut aceste observaţii în mai multe locuri.

2. Micale, *Hysterical Men*, p. 214.

3. Citat în *ibid*.

4. Simonton, „Are Genius and Madness Related? Contemporary Answers to an Ancient Question", *Psychiatric Times* 22, nr. 7 (2005), pp. 21 – 23. Vezi şi „The Case for Pessimism", *Businessweek*, 13 august 2004.

5. Scrisorile citate aici sunt preluate din Masson, *Complete Letters*.

6. Citat în Robin Marantz Henig, „Understanding the Anxious Mind", *The New York Times Magazine*, 29 septembrie 2009.

7. Nicholas A. Turiano *et al.*, „Big 5 Personality Traits and Interleukin-6: Evidence for «Healthy Neuroticism» în a US Population Sample”, *Brain, Behavior, and Immunity* (2012).

8. Corrine Bendersky şi Neha Parikh Shah, „The Downfall of Extroverts and the rise of Neurotics: The Dynamic Process of Status Allocation in Task Groups, Academy of Management Journal”, AMJ-2011 – 0316. R3.

9. „Leadership Tip: Hire the Quiet Neurotic, Not the Impressive Extrovert”, *Forbes*, 11 aprilie 2013.

10. Adam M. Perkins şi Philip J. Corr, „Can Worriers Be Winners? The Association Between Worrying and Job Performance”, *Personality and Individual Differences* 38, nr. I (2005), pp. 25 – 31.

11. Jeremy D. Coplan *et al.*, „The Relationship Between Intelligence and Anxiety: An Association with Subcortical White Matter Metabolism”, *Frontiers în Evolutionary Neuroscience* 3 (2012).

12. Vezi Winifred Gallagher, „How We Become What We Are”, *The Atlantic*, septembrie 1994.

13. Stephen J. Suomi, „Risk, Resilience, and Gene-Environment Interplay în Primates”, *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 20, nr. 4 (noiembrie 2011), pp. 289 – 297.

CAPITOLUL 12: REZIDENŢĂ

1. Bate, *Samuel Johnson*, pp. 117 – 127.

2. Charney, „The Psychobiology of Resilience to Extreme Stress: Implications for the Treatment and Prevention of Anxiety Disorders”, discursul inaugural al conferinţei ADAA, 23 martie 2006.

3. Vezi, de exemplu, Albert Bandura, „Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change”, *Psychological Review* 84, pp. 191 – 215; Albert Bandura, „The Assessment and Predictive Generality of Self-Percepts of Efficacy”, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 13, pp. 195 – 199.

Bibliografie

Aboujaoude, Elias, *Compulsive Acts*: *A Psychiatrist's Tale Of Ritual and Obsession*, Berkley: University of California Press, 2008.

Ackerman, Diane, *An Alchemy of Mind*: *The Marvel and Mystery of the Brain*, New York: Scribner, 2004.

Adler, Alfred, *The Neurotic Constitution*: *Outlines of a Comparative Individualistic Psychology and Psychotherapy*, trad. Bernard Glueck, New York: Moffat, Yard, 1917 (vezi şi *Caracterul nevrotic*: *trăsăturile principale ale psihologiei şi psihoterapiei individuale*, trad. de Simona Ligia Tutunaru, Bucureşti: Editura Trei, 2017 – n.tr.).

— *Problems of Neurosis*, New York: Cosmopolitan Book Corporation, 1930. –, *Understanding Human Nature*, New York: Greenberg Publishers, 1927. Aggieton, John, ed. *The Amygdala*: *A Funcţionat Analysis*, ed. a II-a, New York:

Oxford University Press, 2000.

Ainsworth, Mary D. Salter, *Infancy în Uganda*: *Infant care and the Growth of Love*, Baltimore: John's Hopkins University Press, 1967.

Alexander, Franz G. şi Sheldon T. Selesnick, *The History of Psychiatry*: *An Evaluation of Psychiatric Thought and Practicefrom Prehistoric Times to the Present*, Northvale, N.J.: James Aronson, 1995 (ediţia originală, 1966).

Álvarez, Walter C., *Nervousness*, *Indigestion*, *and Pain*, New York: Collier Books, 1962.

Ameisen, Olivier, *The End of My Addiction*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 2009.

Andreasen, Nancy C, *The Broken Brain*: *The Biological Revolution in Psychiatry*, New York: Harper and Row, 1984.

Arieti, Silvano, *The Parnas*: *A Scene from the Holocaust*, Philadelphia: Paul Dry Books, 2000.

Arikha, Noga, *Passions and Tempers*: *A History of the Humours*, New York: Ecco, 2007.

Attwell, Khleber Chapman, *100 Questions and*

Answers About Anxiety, Jones and Bartlett, 2006.

Auden, W.H., *The Age of Anxiety*, New York: Random House, 1946.

Augustine, *Confessions*, New York: Dovereditions, 2002 (vezi şi Augustin, *Confesiuni*, trad. de Eugen Munteanu, Bucureşti: Nemira, 2006 – n.tr.).

Backus, William, *The Good News About Worry*: *Applying Biblical Truth to Problems of Anxiety and Fear*, Minneapolis: Bethany House, 1991.

Baenninger, Alex, Joseph Alberto Costa e Silva, Ian Hindmarch, Hans-Juergen Moeller şi Karl Rickels, *Good Chemistry*: *The Life and Legacy of Valium Inventor Leo Stembach*, New York: McGraw-Hill, 2004.

Ballard, Chris, *The Art of a Beautiful Game*: *The Thinking Fan*'s *Tour of the NBA*, New York: Simon and Schuster, 2009.

Balthasar, Hans Urs von, *The Christian and Anxiety*, San Francisco: Ignatius Press, 2000.

Barber, Charles, *Confortably Numb*: *How Psychiatry Is Medicating a Nation*, New York: Pantheon, 2008.

Barbu, Zevedei, *Problems of Historical Psychology*, New York: Grove Press, 2002. Barlow, David, *Anxiety and Its Disorders*, ed. a II-a, New York: Guilford Press, 2002.

Barlow, David şi Michelle G. Craske, *Mastery of Your Anxiety and Panic*, ed. a III-a, Albany, N.Y.: Graywind Publications, 2000.

Barnes, Julian, *Nothing to Be Frightened Of*, New York: Alfred A. Knopf, 2008 (vezi şi *Nimicul de temut*, trad. de Mihai Moroiu, Bucureşti: Nemira, 2014 – n.tr.).

Barondes, Samuel H., *Better than Prozac*: *Creating the Next Generation of Psychiatric Drugs*, Oxford/New York: Oxford University Press, 2003.

— *Molecules and Mental Illness*, Delhi, India: Indo American Books, 2007.

Bassett, Lucinda, *From Panic to Power*: *Proven Techniques to Calm Your Anxieties, Conquer Your Fears, and Put You în Control of Your Life*, New York: Quill, 1995.

Bate, Walter Jackson, *Samuel Johnson*, New York: Harcourt, Brace, 1977.

Battie, William, *A Treatise on Madness*, New York: Brunner/Mazel, 1969.

Baumer, Franklin L., *Religion and the rise of Skepticism*, New York: Harcourt, Brace, 1960.

Beard, George Miller, *American Nervousness*, *Its Causes and Conséquences*, New York: G.P. Putnam's Sons, 1881.

— *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion* (*Neurasthenia*), *Its Symptoms*, *Nature*, *Sequences*, *and Treatment*, New York: William Wood, 1880.

Beatty, Jack, *Age of Betrayal*: *The Triumph of Money în America*, *1865 – 1990*, New York: Alfred A. Knopf, 2007.

Beck, Aaron T, *Depression*: *Causes and Treatment*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.

Beck, Aaron T. şi Gary Emery, *Anxiety Disorders and Phobias*: *A Cognitive Perspective*, New York: Basic Books, 1985.

Beck, Aaron T. şi Arthur Freeman, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York: Guilford Press, 2013.

Becker, Dana, *One Nation Under Stress*: *The Trouble with Stress as an Ideea*, New York: Oxford University Press, 2013.

Becker, Ernest, *The Denial of Death*, New York: Free Press, 1973.

Beilock, Sian, *Choke*: *What the Secrets of the Brain Reveal About Succes and Failure at Work and at Play*, New York: Free Press, 2010.

Berger, Peter L., Brigitte Berger şi Hanstried Kellner, *The Homeless Mind*: *Modernization and Consciousness*, New York: Random House, 1973.

Berrios, German E., *The History of Mental Symptoms*: *Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*, Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

Bertin, Celia, *Marie Bonaparte*: *A Life*, New Haven,

Conn.: Yale University Press, 1982.

Bettelheim, Bruno, *Freud and Man's Soul*, New York: Vintage Books, 1982.

Blanchard, Robert J., Caroline Blanchard, Guy Griebel şi David Nutt, *Handbook of Anxiety and Fear*, Amsterdam: Academic Press/Elsevier, 2008.

Blum, Deborah, *Love at Goon Park*: *Harry Harlow and the Science of Affection*, New York: Basic Books, 2002.

Blyth, Jamie, *Fear Is No Longer My Reality*: *How I Overcame Panic and Social Anxiety Disorderand You Can Too*, cu Jenna Glatzer, New York: McGraw-Hill, 2005.

Borch-Jacobsen, Mikkel, *Making Minds and Madness*: *From Hysteria to Depression*, Cambridge/New York: Cambridge University Press, 2009.

Bourke, Joanna, *Fear*: *A Cultural History*, London: Virago, 2005.

Bourne, Edmund şi Loma Garano, *Coping with Anxiety*: *10 Simple Ways to Relieve Fear*, *Anxiety*, *and Worry*, Oakland, CA: New Harbinger, 2003.

Bowlby, John, *Charles Darwin*: *A New Life*, New York: W.W. Norton, 1990.

— *A Secure Base*, London: Routledge, 1988 (vezi şi *o bază de siguranţă*, trad. de Alexandra Timofte, Bucureşti: Editura Trei, 2011).

— *Separation*: *Anxiety and Anger*, New York: Basic Books, 1973.

Braund, Susanna şi Glenn W. Most, ed., *Ancient Anger: Perspectivestrom Homer to Galen*, Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

Breger, Louis, A *Dream of Undying Fame*: *How Freud Betrayed His Mentor and Invented Psychoanalysis*, New York: Basic Books, 2009.

— *Freud*: *Darkness in the Millst of Vision*, New York: John Wiley and Sons, 2000.

Breggin, Peter R., *Medication Madness*: *A Psychiatrist Exposes the Dangers of Mood-Altering Medications*, New York: St. Martin's Press, 2008.

— *Talking Back to Prozac*: *What Doctors Aren't Telling You About Today's Most Controversial Drug*, New York: St. Martin's Press, 1994.

Bremner, J. Douglas, *Does Stress Damage the Brain*? *Understanding Trauma-Related Disorders from a Mi*nd-*Body Perspective*, New York: W.W. Norton, 2002.

Bretall, Robert, *A Kierkegaard Anthology*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1936.

Briggs, Rex, *Transforming Anxiety*, *Transcending Shame*, Deerfield Beach, FI: Health Communications, 1999.

Browne, Janet, *Charles Darwin*: *The Power of Place*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 2002.

— *Charles Darwin*: *Voyaging*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1995. Bruner, Jérôme, *Acts of Meaning*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1990.

Burgess, Thomas H., *The Physiology or Mechanism of Blushing*, *Illustrative of the Influence of Mental Emotion on the Capillary Circulation*, *with a Generat View of the Sympathies*, London: John Churchill, 1839.

Burijon, Barry N., *Biological Bases of Clinical Anxiety*, New York: W.W. Norton, 2007.

Burns, David D., *When Panic Attacks*: *The New*, *Drug-Free Anxiety Therapy That Can Change Your Life*, Morgan Road Books, 2006.

Burton, Robert, *The Anatomy of Melancholy*, New York Review of Books, 2001 (vezi şi *Anatomia melancoliei*, trad. de Iustina Croitoru, Bucureşti: Editura Herald, 2016-n.tr.).

Cannon, Walter B., *Bodily Changes în Pain*, *Hunger*, *Fear and Rage*, New York: Harper Torchbooks, 1963 (ediţia originală 1915).

Cantor, Norman F., *The Civilization of the Middle Ages*, New York: HarperCollins, 1993.

Caplan, Paula J., *They Say You're Crazy*: *How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal*,

Reading, Mass.: Da Capo Press, 1995.

Capps, Donald, *Social Phobia*: *Alleviating Anxiety în an Age of Self-Promotion*, St. Louis: Chalice Press, 1999.

Cariat, Daniel, *Unhinged*: *The Trouble with Psychiatry – a Doctor's Revelations About a Profession in Crisis*, New York: Free Press, 2010.

Caristedt, Roland A., *Critical Moments During Competition*: *A Mi*nd-*Body Model of Sport Performance When It Counts the Most*, New York: Psychology Press, 2004.

Carter, Rita, *Mapping the Mind*, Berkeley, Calif.: University of California Press, 1998.

Cassidy, Jude şi Phillip R. Shaver, *Handbook of Attachment: Theory*, *Research*, *and Clinical Applications*, ed. a Π-a, New York: Guilford Press, 2008.

Cassirer, Ernst, *An Essay on Man*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1944 (vezi şi *Eseu despre om*, trad. de Constantin Cosman, Bucureşti: Humanitas, 1994-n.tr.).

Chansky, Tamar E., *Freeing Yourself from Anxiety*, Reading, Mass.: Da Capo, 2012.

Charney, Dennis S. şi Eric J. Nestler, *Neurobiology of Mental Illness*, ed. a III-a, Oxford: Oxford University Press, 2009.

Cheyne, George, *The English Malady* [1733], London: Tavistock/Routledge, 1991.

Clark, Taylor, *Nerve*: *Poise Under Pressure*, *Serenity Under Stress*, *and the Brave New Science of Fear and Cool*, Boston: Little, Brown, 2011.

Coleman, Penny, *Flashback Posttraumatic Stress Disorder*, *Suicide*, *and the Lessons of War*, Boston, Mass.: Beacon Press, 2006.

Coles, Robert, *The Mind's Fate*: *A Psychiatrist Looks at His Profession*, Boston: Back Bay Books, 1975.

— *Walker Percy*: *An American Searcher*, Boston: Little, Brown, 1978.

Collins, Randall, *Violence*: *A Micro-sociological Theory*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 2008.

Colp, Ralph, Jr., *To Be an Invalid*: *The Illness of Charles Darwin*, Chicago: University of Chicago Press, 1977.

Contey, Dalton, *Elsewhere, USA*: *How We Got from the Company Man, Family Dinners, and the Affluent Society to the Home Office, Blackberry Moms, and Economic Anxiety*, New York: Pantheon, 2009.

Contosta, David R., *Rebel Giants*: *The Revolutionary Lives of Abraham Lincoln and Charles Darwin*, Amherst, N.Y.: Prometheus Books, 2008.

Coolidge, Frederick L. şi Thomas Wynn, *The rise of Homo Sapiens*: *The Evolution of Modern Thinking*, Chichester, U.K.: Wiley-Blackwell, 2009.

Cozolino, Louis, *The Neuroscience of Psychotherapy*: *Building and Rebuilding the Human Brain*, New York: W.W. Norton, 2002.

Crick, Francis, *The Astonishing Hypothesis*: *The Scientific Search for the Soul*, New York: Touchstone, 1994.

Cuordileone, Kyle A., *Manhood and American Political Culture in the Cold War*, New York: Routledge, 2005.

Cushman, Philip, *Constructing the Self, Constructing America*: *A Cultural History of Psychotherapy*, Reading, Mass: Addison-Wesley, 1995.

Damasio, Antonio, *Descartes's Error*: *Emotion, Reason, and the Human Brain*, New York: Grosset/Putnam, 1994 (vezi şi *Eroarea lui Descartes*, trad. de Irina Tănăsescu, Bucureşti: Humanitas, 2005 – n.tr.).

— *The Feeling of What Happens*: *Body and Emotion* in the *Making of Consciousness*.

Orlando, FI: Harcourt, 1999.

— *Looking for Spinoza*: *Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*, New York: Harcourt, 2003 (vezi şi *în căutarea lui Spinoza*: *Cum explică ştiinţa sentimentele*, trad. de Ioana Lazăr, Bucureşti: Humanitas, 2010 – n.tr.).

Darwin, Charles. *The Autobiography of Charles*

Darwin, *1809 – 1882*, New York: Classic Books International, 2009 (vezi şi *Autobiografia lui Charles Darwin*, *1809 – 1882*, editată de Nora Barlow, urmată de fragmente din *Călătoria unui naturalist în jurul lumii*, trad. de Ioana Miruna Voiculescu, Andrei Bontaş, Ancuţa Bontaş, Bucureşti: Humanitas, 2017 – n.tr.).

— *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, Charleston, SC: Bibliobazaar (publicată pentru prima oară în 1872), 2007 (vezi şi *Expresia emoţiilor la om şi animale*, trad. de Eugen Margulius, Bucureşti: Editura Academiei Republicii Socialiste România, 1967 – n.tr.).

Davenport-Hines, Richard, *The Pursuit of Oblivion*: *A Global History of Narcotics*, New York: W.W. Norton, 2001.

Davey, Graham C.L., ed., *Phobias*: *A Handbook of Theory*, *Research and Treatment*, Chichester, U.K.; Hoboken, N.J.: Wiley, 1997.

Davey, Graham C.L. şi Adrian Wells, ed., *Worry and Its Psychological Disorders*, Chichester, U.K.; Hoboken, N.J.: Wiley, 2006.

Davidson, Jonathan şi Henry Dreher, *The Anxiety Book: Developing Strength in the Face of Fear*, New York: Riverhead Books, 2003.

Davidson, Richard J. şi Sharon Begley, *The Emotional Life of Your Brain*, New York: Hudson Street Press, 2012.

Davis, Lennard J., *Obsession*: A *History*, Chicago: University of Chicago Press, 2008.

Davison, Gerald D. şi John M. Neale, *Abnormal Psychology*, ed. a V-a Hoboken, N.J.: John Wiley and Sons, 1990.

Dayhoff, Signe A, *Diagonally-Parked* in a *Paralel Universe: Working Through Social Anxiety*, Placitas, N.M.: Efectiveness-Plus Publications, 2000.

de Botton, Alain, *Status Anxiety*, New York: Pantheon Books, 2004 (vezi şi *Statut şi anxietate*, trad. de Bogdan Lepădatu, Vellant: Bucureşti, 2015 – n.tr.).

DeGrandpre, Richard, *The Cult of Pharmacology*: *How America Became the World's Most Troubled Drug*

Culture, Durham, N.C.: Duke University Press, 2006.

Descartes, René, *Discourse on Method and Meditations*, New York: Library of Liberal Arts, 1960 (vezi şi *Discurs asupra metodei*, trad. de George I. Ghidu, Bucureşti: Editura Mondero, 1999 – n.tr.).

Desmond, Adrian şi James Moore, *Darwin*: *The Life of a Tormented Evoluţionist*, New York: W.W. Norton, 1991.

Dessoir, Max şi Donald Fisher, *Outlines of the History of Psychology*, New York: Macmillan, 1912.

Dillon, Brian, *The Hypochondriacs*: *Nine Tormented Lives*, New York: Faber and Faber, 2010.

Doctor, Ronald M. şi Ada P. Kahn, *The Encyclopedia of Phobias*, *Fears*, *and Anxieties*, New York: Facts on File, 1989.

Dodds, E.R. *The Greeks and the Irrational*, Berkeley: University of California Press, 1951 (vezi şi *Grecii şi iraţionalul*, trad. de Catrinel Pleşu, Iaşi: Polirom, 1998-n.tr.).

Doi, Takeo, *The Anatomy of Dependence*, *Tokyo*: Kodansha, 1971.

Dollard, John, *Victory over Fear*, New York: Reynal and Hitchcock, 1942.

Dollard, John şi Neal A. Miller, *Personality and Psychotherapy*: *An Analysis în Terms of Learning*, *Thinking*, *and Culture*, New York: McGraw-Hill, 1950.

Dozois, David J.A. şi Keith S. Dobson, *The Prevention of Anxiety and Depression*: *Theory*, *Research*, *and Practice*, Washington, D.C.: American Psychological Association, 2004.

Drinka, George Frederick, *The Birth of Neurosis*: *Myth*, *Malady*, *and the Victorians*, New York: Simon & Schuster, 1984.

Drummond, Edward H., *Overcoming Anxiety Without Tranquilizers*, New York: Dutton, 1997.

Dukakis, Kitty şi Larry Tye, *Shock*: *The Healing Power of Electroconvulsive Therapy*, New York: Avery, 2006.

Dumont, Raeann, *The Sky Is Falling*: *Understanding and Coping with Phobias*, *Panic*, *and Obsessive-Compulsive Disorders*, New York: W.W. Norton, 1996.

Eghigian, Greg, *From Madness to Mental Health*: *Psychiatric Disorder and Its Treatment în Western Civilization*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2010.

Elie, Paul, *The Life You Save May Be Your Own*: *An* American *Pilgrimage*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 2003.

Ellenberger, Henri F., *The Discovery of the Unconscious*: *The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York: Basic Books, 1970.

Elliott, Carl şi Tod Chambers, *Prozac as a Way of Life*, Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2004.

Ellman, Richard, *Yeats*: *The Man and the Masks*, New York: Macmillan, 1948.

Engel, Jonathan, *American Therapy*: *The rise of Psychotherapy in the United States*, New York: Gotham Books, 2008.

Epictet, *Discourses and Enchiridion*, New York: Walter J. Black, 1944.

Erikson, Erik H., *Childhood and Society*, New York: W.W. Norton, 1950 (vezi şi *Copilărie şi societate*, trad. de Mirela Badea şi Brânduşa Popa, Bucureşti: Editura Trei, 2015 – n.tr.).

Esposito, Janet*, in the Spotlight*: *Overcome Your Fear of Public Speaking and Performing*, Southbury, CT: Strong Books, 2000.

Eysenck, H.J. şi S. Rachman, *The Causes and Cures of Neurosis*, San Diego: Robert R. Knapp, 1965.

Fann, William E., Ismet Karacan, Alex D. Pokorny şi Robert L. Williams, ed., *Phenomenology and Treatment of Anxiety*, New York: Spectrum Publications, 1979.

Flambach, Rod şi Eversley Flambach, *Overcoming Performance Anxiety*, East Roseville, N.S.W.: Simon and Schuster, 2001.

Fisher, Paul, *House of Wits*: *An Intimate Portrait of the James Family*, New York: Henry Holt, 2008.

Ford, Emily, *What You Must Think of Me*: *A Firsthand Account of One Teenager's Experience with Social Anxiety Disorder*, cu Michael R. Liebowitz şi Linda Wasmer Andrews, Oxford: Oxford University Press, 2007.

Forrester, John, *Dispatches from the Freud Wars*: *Psychoanalysis and Its Passions*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997.

— *Truth Games*: *Lies*, *Money*, *and Psychoanalysis*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997.

Foxman, Paul, *Dancing with Fear*: *Overcoming Anxiety* in a *World of Stress and Uncertainty*, Lanham, Maryland: Jason Aronson, 1997.

— *The Worried Child*: *Recognizing Anxiety în Children and Helping Them Heal*, Alameda, CA: Hunter House, 2004.

Frankl, Viktor E., *The Doctor and the Soul*: *From Psychotherapy to Logotherapy*, New York: Vintage Books, 1986.

— *Man's Search for Meaning*, New York: Washington Square Press, 1985 (copyright 1959) (vezi şi *Omul în căutarea sensului vieţii*, trad. de Silvian Guranda, Bucureşti: Meteor Press, 2009 – n.tr.).

Frattaroli, Elio, *Healing the Soul in the Age of the Brain*: *Why Medication Isn't Enough*, New York: Penguin, 2001.

Freeman, Daniel şi Jason Freeman, *Anxiety*: *A Very Short Introduction*, New York/Oxford: Oxford University Press, 2012.

Freud, Sigmund, *The Basic Writings of Sigmund Freud*, New York: Modern Library, 1995 (vezi şi *Opere esenţiale*, Bucureşti: Editura Trei, 2010 – n.tr.).

— *Beyond the Pleasure Principle*, New York: W.W. Norton, 1961 (vezi şi *Dincolo de principiul plăcerii*, în *Opere esenţiale*, vol. 3, trad. de George Purdea şi Vasile Dem Zamfirescu, Bucureşti: Editura Trei, 2017 – n.tr.).

— *Character and Culture*, New York: Collier Books, 1963.

— *Civilisation and Its Discontents*, New York: W.W. Norton, 1967 (vezi şi *Disconfort în cultură*, în *Opere esenţiale*, vol. 9, Bucureşti: Editura Trei, 2010 – n.tr.).

— *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887 – 1904*, traduse şi editate de Jeffrey Moussaieff Masson, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1985.

— *Five Lectures on Pyscho-Analysis*, New York: W.W. Norton, 1989.

— *The History of the Psycho-Analytic Movement and the Origin and Development of Psychoanalysis*, New York: W.W. Norton, 1990.

— *The Interpretation of Dreams*, London: Hogarth Press, 1953 (vezi şi *Interpretarea viselor*, trad. de Roxana Melnicu, în *Opere esenţiale*, vol. 2, Bucureşti: Editura Trei, 2010 – n.tr.).

— *The Problem of Anxiety*, Albany: Psychoanalytic Quarterly Press, 1936 (vezi şi *Inhibiţie, simptom, angoasă*, trad. de Roxana Melnicu şi Georgeta Mitrea, în *Opere esenţiale*, vol. 6, Bucureşti: Editura Trei, 2010 – n.tr.).

— *Three Essays on the Theory of Sexuality*, New York: Basic Books, 2000 (vezi şi *Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii*, trad. de Rodica Matei, în *Opere esenţiale*, vol. 5, Bucureşti: Editura Trei, 2010-n.tr.).

— *Totem and Taboo*: *Some Points of Agreement Between the Mental Lives of Savages and Neurotics*, London: Routledge and Kenan Paul, 1950 (vezi şi *Totem şi tabu, Câteva corespondenţe între viaţa psihică a sălbaticilor şi cea a nevroticilor* trad. de Raluca Hurduc, în *Opere esenţiale*, vol. 9, Bucureşti: Editura Trei, 2010-n.tr.).

Friedman, Steven, ed., *Cultural Issues in the Treatment of Anxiety*, New York: Guilford Press, 1997.

Frink, H.W. şi James J. Putnam, *Morbid Fears and Compulsions: Their Psychology and Psychoanalytic Treatment*, Moffat, Yard, 1918.

Fromm, Erich, *Escapefrom Freedom*, New York: Owl Books, 1969 (vezi şi *Fuga de libertate*, trad. de Cristina Jinga, Bucureşti: Editura Trei, 2016 – n.tr.).

— *Man for Himself*: *An Inquiry into the Psychology of Ethics*, New York: Henry Holt, 1947 (vezi şi *Omul pentru sine*: *O cercetare asupra psihologiei moralei*, trad. de Bogdan Boghiţoi, Bucureşti: Editura Trei, 2017 – n.tr.).

Furedi, Frank, *Therapy Culture*: *Cultivating Vulnerability în an Uncertain Age*, London: Routledge, 2004.

Furer, Patricia, John R. Walker şi Murray B. Stein, *Treating Health Anxiety and Fear of Death*: *A Practitioner's Guide*, New York: Springer, 2007.

Gabriel, Richard A., *No More Heroes*: *Madness and Psychiatry* în *War*, New York: Hill and Wang, 1987.

Galdston, Iago, ed., *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, New York: McGraw-Hill, 1967.

Gamwell, Lynn şi Nancy Tomes, *Madness în America*: *Cul*tural *and Medical Perceptions of Mental Illness Before 1914*, Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1995.

Gandhi, Mohandas K., *An Autobiography*: *The Story of My Experiments with Truth*, Boston, MA: Beacon Press, 1993.

Gardner, Daniel, *The Science of Fear*, New York: Dutton, 2008.

Garff, Joakim, *Søren Kierkegaard*: *A Biography*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 2005.

Gay, Peter, *Sigmund Freud*: *O viaţă pentru timpul nostru*, trad. de Florin Vlădoi, Bucureşti: Editura Trei, 2012.

Gazzaniga, Michael S., *Nature's Mind*: *The Biological Roots of Thinking*, *Emotions*, *Sexuality*, *Language*, *and Intelligence*, New York: Basic Books, 1992.

Gershon, Michael D., *The Second Brain*: *The Scientific Basis of Gut Instinct and a Groundbreaking New Understanding of Nervous Disorders of the Stomach and Intestine*, New York: HarperCollins, 1998.

Gerzon, Robert, *Finding Serenity in the Age of Anxiety*, New York: Macmillan, 1997. Gewirtz, Jacob, ed., *Attachment and Dependency*, Washington: V.H. Winston and Sons, 1972.

Ghinassi, Cheryl Wining, *Anxiety*, Santa Barbara, CA: Greenwood, 2010.

Gifford, Frank, *Gifford on Courage*, cu Charles Mangel, New York: M. Evans, 1976.

Gijswijt-Hofstra, Marijke şi Roy Porter, *Cultures of Neurasthenia*: *From Beard to the First World War*, Amsterdam: Rodopi, 2001.

Glantz, Kalman şi John K. Pearce, *Exiles from Eden: Psychotherapy from an Evolutionary Perspective*, New York: W.W. Norton, 1989.

Glatzer, Jenna, ed., *Conquering Panic and Anxiety Disorders: Succes Stories*, *Strategies*, *and Other Good News*, Alamada, CA: Hunter House, 2002.

Gleick, James, *Faster*: *The Acceleration of Just About Everything*, New York: Vintage Books, 1999.

Glenmullen, Joseph, *The Antidepressant Solution*: *The Only Step-by-Step Guide to Safely Overcoming Antidepressant Withdrawal*, *Dependence*, *and „Addiction"*, New York: Free Press, 2005.

Goldstein, Kurt, *Human Nature in the Light of Psychopathology* [1940], New York: Schocken Books, 1963.

Goldstein, Michael J? i James O. Palmer, *The Experience of Anxiety*: *A Casebook*, New York: Oxford University Press, 1963.

Goodwin, Donald W., *Anxiety*, New York: Oxford University Press, 1986.

— *Phobia*: *The Facts*, New York: Oxford University Press, 1983.

Gordon, fames S., *Unstuck*: *Your Guide to the Seven-Stage Journey Out of Depression*, New York: Penguin, 2008.

Gorman, Jack, ed., *Fear and Anxiety*: *The Benefits of Translational Research*, Washington, D.C.: American

Psychiatric Publishing, 2004.

Gosling, F.G., *Before Freud*: *Neurasthenia and the* American *Medical Community*, *1870 – 1910*, Urbana: University of Illinois Press, 1987.

Gould, fames L., *Ethology*: *The Mechanisms and Evolution of Behavior*, New York: W.W. Norton, 1982.

Goulding, Regina A? i Richard C. Schwarz, *The Mozaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors*, New York: W.W. Norton, 1995.

Gray, Jeffrey A. şi Neil McNaughton, *The Neuropsychology of Anxiety*, ed. a II-a, Oxford: Oxford University Press, 2000.

Greenberg, Gary, *The Book of Woe*: *The „DSM" and the Unmaking of Psychiatry*, New York: Blue Rider Press, 2012.

— *Manufacturing Depression*: *The Secret History of a* Modern *Disease*, New York: Simon and Schuster, 2010.

Greist, John H., James W. Jefferson şi Isaac M. Marks, *Anxiety and Its Treatment*, New York: Warner Books, 1986.

Grinker, Roy R. John P. Spiegel, *Men Under Stress*, Philadelphia: Blakiston, 1945.

Grob, Gerald N., *Mental Illness and American Society*, *1875 – 1940*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1983.

Grosskurth, Phyllis, *Melanie Klein*: *Her World and Her Work*, New York: Alfred A. Knopf, 1986.

Hallowell, Edward M., *Worry*: *Hope and Help for a Common Condition*, New York: Random House, 1997.

Handly, Robert, *Anxiety and Panic Attacks*: *Their Cause and Cure*, cu Pauline Neff, Fawcett Crest, 1985.

Hanford, A. Chester, *Problems în Municipal Government*, Chicago & New York: A.W. Shaw, 1926.

Harrington, Anne, *The Cure Within*: *A History of Mi*nd-*Body Medicine*, New York: W.W. Norton, 2008.

Hart, Archibald D., *The Anxiety Cure*, New York: Thomas Nelson, 2001.

Harvard Medical School, *The Sensitive Gut*, New

York: Fireside Books, 2000.

Hayes, Steven C., *Get Out of Your Mind and into Your Life*: *The New Acceptance and Commitment Therapy*, Oakland, CA: New Harbinger, 2005.

Hayes, Steven C., Kirk D. Strosahl şi Kelly G. Wilson, *Acceptance and Commitment Therapy*: *An Experienţial Approach to Behavior Change*, New York: Guilford Press, 1999.

Healy, David, *The Antidepressant Era*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997.

— *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2002.

— *Let Them Eat Prozac*, Toronto: James Lorimer, 2003.

Heimberg, Richard G., Cynthia L. Turk şi Douglas S. Mennin, ed., *Generalizând Anxiety Disorder*: *Advances în Research and Practice*, New York: Guilford Press, 2004.

Herman, Judith Lewis, *Trauma and Recovery*, New York: Basic Books, 1992.

Heston, Leonard L., *Mending Minds*: *A Guide to the New Psychiatry of Depression, Anxiety, and Other Serious Mental Disorders*, New York: W.H. Freeman, 1992.

Hobson, J. Allan şi Jonathan A. Leonard, *Out of Its Mind: Psychiatry în Crisis*, Cambridge, Mass.: Perseus Books, 2002.

Hoch, Paul şi Joseph Zubin, ed., *Anxiety*, New York: Grune and Stratton, 1950.

Hofstadter, Richard, *The Age of Reform*, New York: Vintage, 1955.

— *The American Political Tradition*, New York: Alfred A. Knopf, 1948.

Hollander, Eric şi Daphne Simeon, *Concise Guide to Anxiety Disorders*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2003.

Hollister, Leo, *Clinical Use of Psychotherapeutic Drugs*, Springfield, III.: Charles C. Thomas, 1973.

Holmes, Jeremy, *The Search for the Secure Base*:

Attachment Theory and Psychotherapy, London: Routledge, 2001.

Horney, Karen, *Neurosis and Human Growth*: *The Struggle Toward Self-Realization*, New York: W.W. Norton, 1950.

— *The Neurotic Personality of Our Time*, New York: W.W. Norton, 1937 (vezi şi *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, trad. de Leonard Gavriliu, Bucureşti: Univers Enciclopedic, 2010 – n.tr.).

— *New Ways în Psychoanalysis of Our Time*, New York: W.W. Norton, 1939 (vezi şi *Direcţii noi în psihanaliză*, trad. de Leonard Gavriliu, Bucureşti: Univers Enciclopedic, 2010-n.tr.).

— *Our Inner Conflicts*, New York: W.W. Norton, 1945 (vezi şi *Conflictele noastre interioare*, trad. de Leonard Gavriliu, Bucureşti: Univers Enciclopedic, 2010-n.tr.).

— *Self-Analysis*, New York: W.W. Norton, 1942 (vezi şi *Autoanaliza*, trad. de Nadia Aldea şi Viorica Roş, Bucureşti: Editura Trei, 2014 – n.tr.).

Horstman, Judith, *The Scientific Brave New Brain*: *How Neuroscience, Brain-Machine Interfaces, Psychopharmacology, Epigenetics, the Internet, and Our Own Minds Are Stimulating and Enhancing the Future of Mental Power*, Hoboken, N.J.: John Wiley and Sons, 2010.

Horwitz, Allan V. şi Jérôme C. Wakefield, *All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*, New York: Oxford University Press, 2012.

— *The Loss of Sadness*: *How Psychiatry Transformând Normal Sorrow into Depressive Disorder*, New York: Oxford University Press, 2007.

Huizinga, Johan, *The Waning of the Middle Ages* [1924], Mineola, N.Y.: Dover Books, 1999 (vezi şi *Sfârşitul Evului Mediu*, trad. de H.R. Radian, Bucureşti: Humanitas, 2002 – n.tr.)

Hunt, Joseph McVicker, ed., *Personality and the Behavior Disorders*: *A Handbook Based on Experimental*

and Clinical Research, New York: Ronald Press, 1944.

Hunt, Morton, *The Story of Psychology*, New York: Doubleday, 1993.

Hunter, Richard şi Ida Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry, 1535 – 1860*, Hartsdale, NY: Carlisle Publishing, 1982.

Hustredt, Siri, *The Shaking Woman*; *or*, *A History of My Nerves*, New York: Henry Holt, 2010.

Issroff, Judith, ed., *Donald Winnicott and John Bowlby*: *Personal and Professional Perspectives*, London: H. Kamac, 2005.

Izard, Carroll E., *Human Emotions*, New York: Plenum, 1977.

Jackson, Stanley W., *Melancholia and Depression*: *From Hippocratic Times to Modern Times*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1986.

Jacobson, Edmund, *You Must Relax*: *A Practical Method for Reducing the Străin of Living* [1934], New York: Whittlessey House, 1942.

James, Oliver, *The Selfish Capitalist*, London: Vermilion, 2008.

James, William, *Principles of Psychology*, New York: Henry Holt, 1890.

— *The Varieties of Religious Experience*, New York/London: Longmans, Green, 1902.

Jamison, Kay Redfield, *An Unquiet Mind*: *A Memoir of Moods and Madness*, New York: Vintage, 1995.

Janis, Irving L, *Air War and Emotional Stress*: *Psychological Studies of Bombing and Civilian Defense*, New York: McGraw-Hill, 1951.

Jaspers, Karl, *General Psychopathology*, vol. 1, Baltimore: John's Hopkins University Press, 1997.

Jaynes, Julian, *The Origins of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*, New York: Mariner Books, 1990 (copyright original 1976).

Johnson, Haynes, *The Age of Anxiety*: *From McCarthy-ism to Terrorism*, Orlando: Harcourt, 2005.

Jones Edgar şi Simon Wessely, *Shell Shock to PTSD*: *Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, New York: Psychology Press, 2005.

Jordan, Jeanne şi Julie Pederson, *The Panic Diaries*: *The Frightful, Sometimes Hilarious Truth About Panic Attacks*, London: Octopus Publishing Group, 2004.

Kagan, Jérôme, *An Argument for Mind*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2006.

— *Galen's Prophecy*: *Temperament în Human Nature*, New York: Basic Books, 1994.

— *Psychology's Ghost*: *The Crisis in the Profession and the Way Back*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2012.

— *Unstable Ideas*: *Temperament, Cognition, and Self*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1989.

— *What Is Emotion*? New Haven, Conn.: Yale University Press, 2007.

Kagan, Jérôme şi Nancy Snidman, *The Long Shadow of Temperament*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2004.

Kahn, Jeffrey P., *Angst*: *The Origins of Anxiety and Depression*, New York: Oxford University Press, 2012.

Kardiner, Abram, *The Individual and His Society*: *The Psychodynamics of Primitive Social Organization*, New York: Columbia University Press, 1939.

Karen, Robert, *Becoming Attached*: *First Relationships and How They Shape Our Capacity to Love*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1994.

Karp, David A., *Is It Me or My Meds*? *Living with Antidepressants*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2006.

Kasper, Siegfried, Johan A. den Boer şi f. M. Ad Sitsen, ed., *Handbook of Depression and Anxiety*, ed. a II-a, New York: Marcel Dekker, 2003.

Kassirer, Jérôme P., *On the Take*: *How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*, Oxford: Oxford University Press, 2005.

Kaster, Robert A., *Emotion, Restraint, and Community în Ancient Rome*, New York: Oxford University Press, 2005.

Kendall, Joshua, *America's Obsessives*: *The Compulsive Energy That Built a Nation*, New York: Grand Central Publishing, 2013.

Kierkegaard, Stfren, *The Concept of Anxiety*: *A Simple Psychologically Orienting Deliberation on the Dogmatic Issue of Hereditary Sin*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1980 (vezi şi *Conceptul de anxietate*, trad. de Adrian Arsinevici, Timişoara: Amarcord – n.tr.).

— *Fear and Trembling*, New York: Penguin Books, 1985 (vezi şi *Frică şi cutremur*, trad. de Leo Stan, Bucureşti: Humanitas, 2002 – n.tr.).

Kirk, Stuart A. şi Herb Kutchins, *The Selling of" DSM"*: *The Rhetoric of Science în Psychiatry*, New Brunswick, NY: Transaction Publishers, 1992.

Kirsch, Irving, *The Emperor's New Drugs*: *Exploding the Antidepressant My th*, New York: Basic Books, 2010.

Klausner, Samuel Z., ed., *Why Man Takes Chances*: *Studies* în *Stress-Seeking*, New York: Doubleday Anchor, 1968.

Kleinman, Arthur, *Rethinking Psychiatry*: *From Cul*tural *Category to Personal Experience*, New York: Free Press, 1988.

Kleinman, Arthur şi Byron Goods, ed., *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, Berkeley: University of California Press, 1985.

Kline, Nathan S., *From Sad to Glad*: *Kline on Depression*, New York: Putnam, 1974.

Kramer, Peter, *Freud*: *Inventor of the Modern Mind*, New York: Atlas Books/HarperCollins, 2006.

— *Listening to Prozac*, New York: Viking, 1993.

Kuiisten, Marcel, ed., *Reflections on the Dawn of Consciousness: Julian Jaynes's Bicameral Mind Theory*

Revisited, Henderson, NV: Julian Jaynes Society, 2006.

Kurzweil, Edith, *The Freudians*: *A Comparative Perspective*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1989.

Kutchins, Herb şi Stuart A. Kirk, *Making Us Crazy*: *„DSM"*; *The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York: Free Press, 1997.

Lane, Cristopher, *The Culture of Narcissism*: *American Life în an Age of Diminishing Expectations*, New York: Warner Books, 1979.

Last, Cynthia, ed., *Anxiety Across the Lifespan*: *A Developmental Perspective*, New York: Springer, 1993.

Lazarus, Richard S., *Stress and Emotion*: *A New Synthesis*, New York: Springer, 1999.

Lazarus, Richard S. şi Bernice Lazarus, *Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions*, New York: Oxford University Press, 1994.

Leach, John, *Survival Psychology*, London: Palgrave Macmillan, 1994.

LeDoux, Joseph, *The Emotional Brain*: *The Mysterious Underpinings of Emoţional Life*, New York: Simon and Schuster, 1996.

LeGoff, Jacques, *Medieval Civilization*, Cambridge, Mass.: Basil Blackwell, 1988 (traducere a ediţiei franceze din 1964) (vezi şi *Civilizaţia Occidentului medieval*, trad. de Maria Holban, Bucureşti: Editura Ştiinţifică, 1970 – n.tr.).

Levy, David, *Maternal Overprotection*, New York: Columbia University Press, 1943. Lewis, Marc, *Memoirs of an Addicted Brain*: *A Neuroscientist Examines His Former Life on Drugs*, New York: Public Affairs, 2012.

Lewis, Nolan, *A Short History of Psychiatric Achievement*, New York: W.W. Norton, 1941.

Lifton, Robert Jay, *The Protean Self*: *Human Resilience în an Age of Fragmentation*, New York: Basic Books, 1993.

Linton, Ralph, ed., *The Science of Man in the World*

Crisis, New York: Oxford University Press, 1945.

Lloyd, G.E.R., ed., *Hippocratic Writings*, London: Penguin Books, 1983.

Lowrie, Walter, *A Short Life of Kierkegaard*, Princeton: N.J.: Princeton University Press, 1942.

Luhrmann, T.M., *Of Two Minds*: *An Anthropologist Looks* at *American Psychiatry*, New York: Vintage Books, 2000.

Lutz, Tom, *American Nervousness*, *1903*: *An Anecdotal History*, Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1991.

MacArthur, John, *Anxiety Attacked*: *Applying Scripture to the Cares of the Soul*, Wheaton, III.: Victor Books, 1993.

— *Anxious for Nothing*, *God's Cure for the Cares of Your Soul*, Colorado Springs, Colo.: Cook Communications Ministries, 2006.

MacDonald, Michael, *Mystical Bedlam*: *Madness*, *Anxiety*, *and Healing în Seventeenth-Century England*, Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

Makari, George, *Revolution in Mind*: *The Creation of Psychoanalysis*, New York: HarperCollins, 2008.

Malone, John C., *Psychology*: *Pythagoras toPresent*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 2009.

Manchester, William, *Goodbye*, *Darkness*: *A Memoir of the Pacific War*, Boston: Back Bay Books, 2002.

Mannheim, Karl, *Man and Society în an Age of Reconstruction*, Harcourt, Brace, 1940.

Manning, Martha, *Undercurrents*: *A Life Beneath the Surface*, New York: HarperCollins, 1994.

Markel, Howard, *An Anatomy of Addiction*: *Sigmund Freud*, *William Halsted*, *and the Miracle Drug Cocaine*, New York: Pantheon, 2011.

Marks, Isaac M., *Fears*, *Phobias*, *and Rituals*: *Panic*, *Anxiety and Their Disorders*, New York: Oxford University Press, 1987.

Markway, Barbara G., Cheryl N. Carmin, C. Alec

Pollard şi Teresa Flynn, *Dying of Embarassment*: *Help for Social Anxiety and Phobia*, Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, 1992.

Markway, Barbara G. şi Gregory P. Markway, *Painfully Shy*: *How to Overcome Social Anxiety and Reclaim Your Life*, New York: St. Martin's Press, 2001.

Marmor, Judd şi Sherwyn M. Woods, ed., *The Interface Between the Psychodinamic and Behavioral Therapies*, New York: Plenum Medical, 1980.

Marshall, John R., *Social Phobia*, New York: Basic Books, 1994.

Maudsley, Henry, *The Pathology of Mind*, New York: D. Appleton, 1860.

Mavissakalian, Matig şi David H. Barlow, ed., *Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: New York University Press, 1981.

May, Rollo, *The Discovery of Being*, New York: W.W. Norton, 1983 (vezi şi *descoperirea fiinţei*, trad. de Victor Popescu, Bucureşti: Editura Trei, 2013 – n.tr.).

— *Love and Will*, New York: W.W. Norton, 1969.

— *Man's Search for Himself*, New York: W.W. Norton, 1953.

— *The Meaning of Anxiety*, ed. revizuită, New York: W.W. Norton, 1977.

— *Psychology and the Human Dilema*, New York: W.W. Norton, 1979.

McEwen, Bruce, *The End of Stress as We Know It*, Washington, D.C.: Joseph Henry Press, 2002.

McGlynn, Thomas J. şi Harry L. Metcalf, ed., *Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders*: *A Physician's Handbook*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 1992.

McKay, Dean, Jonathan S. Abramowitz, Steven Taylor şi Gordon J.G. Asmundson, *Current Perspectives on the Anxiety Disorders: Implications for „DSM-V" and Beyond*, New York: Springer, 2009.

McLean, Peter D. şi Sheila R. Woody, *Anxiety*

Disorder în Adults: An Evidence-Based Approach to Psychological Treatment, New York: Oxford University Press, 2001.

Menninger, Karl, *The Human Mind*, ed. a III-a, New York: Alfred A. Knopf, 1946. –, *Man Against Himself*, New York: Harcourt, Brace, 1938.

— *Whatever Became of Sin*? New York: Hawthorne Books, 1973.

Messer, Stanely B., Louis Sass? i Robert Woolfolk, *Hermeneutics and Psychological Theory*: *Interpretive Perspectives on Personality*, *Psychotherapy*, *and Psychopathology*, New Brunswick, NJ.: Rutgers University Press, 1988.

Micale, Mark S., *Hysterical Men*: *The Hidden History of Male Nervous Illness*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2008.

Millon, Theodore, *Masters of the Mind*: *Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium*, Hoboken, NJ.: Wiley, 2004.

Mohr, Jay, *Gasping for Airtime*: *Two Years in the Trenches of „Saturday Night Live"*, New York: Hyperion, 2005.

Morita, Shoma, *Morita Therapy and the True Nature of Anxiety-Based Disorders*, Albany: State University of New York Press, 1998.

Morris, Colin, *The Discovery of the Individual, 1050 – 1200*, Toronto: University of Toronto Press, 1972.

Mumford, Lewis, *The Condition of Man*, New York: Harcourt, Brace, 1944.

Murphy, Gardner, *Historical Introduction to Modern Psychology*, New York: Harcourt, Brace, 1949.

Newman, Paul, *A History of Terror*: *Fear and Dread Through the Ages*, Stroud: Sutton Publishing, 2000.

Niebuhr, Reinhold, *the nature and Destiny of Man*, 2 vol., New York: Scribner, 1941 – 1943.

Northfield, Wilfrid, *Conquest of Nerves*: *The Inspiring Record of a Personal Triumph over Neurasthenia*,

London: Fenland Press, 1933.

Opler, Marvin K., *Culture, Psychiatry, and Human Values*: *The Methods and Values of a Social Psychiatry*, Springfield, III.: Charles C. Thomas Publisher, 1956.

Oppenheim, Janet, *„Shattered Nerves"*: *Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1991.

Parkes, Henry Bamford, *Gods and Men*: *The Origins of Western Culture*, New York: Alfred A. Knopf, 1959.

Pearson, Patricia, *A Brief History of Anxiety*, New York: Bloomsbury, 2008.

Percy, Walker, *Lancelot*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1977.

— *The Last Gentleman*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1966.

— *Lost in the Cosmos*: *The Last Self-Help Book*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1983.

— *The Message in the Bottle*: *How Queer Man Is, How Queer Laguage Is, and What One Has to Do with the Other*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1975.

— *The Moviegoer*, New York: Alfred A. Knopf, 1961.

— *The Second Coming*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1980.

— *Signposts* in a *Strânge Land*, New York: Picador, 1991.

— *The Thanatos Syndrome*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1987.

Peurifoy, Reneau, *Anxiety, Phobias, and Panic*: *A Step-by-Step Programfor Regaining Control of Your Life*, New York: Warner Books, 1988.

Pfister, Oscar, *Christianity and Fear*: *A Study in the History and in the Psychology and Hygiene of Religion*, London: Unwin Brothers, 1948.

Phillips, Bob, *Overcoming Anxiety and Depression*: *Practical Tools to Help You Deal with Negative Emotions*, Eugene, Or.: Harvest House, 2007.

Pinero, José M. Lopez, *Historical Origins of the*

Concept of Neurosis, Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

Pinker, Steven, *How the Mind Works*, New York: W.W. Norton, 1997.

Pirenne, Henri, *Medieval Cities*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1925.

Pollino, Sandra M., *Flying Fear Free*: *7 Steps to Relieving Air Travel Anxiety*, New York: New Horizon Press, 2012.

Porter, Roy, *Madness*: *A Brief History*, New York: Oxford University Press, 2002.

Pressman, Jack D., *Last Resort*: *Psychosurgery and the Limits of Medicine*, Cambridge/New York: Cambridge University Press, 1998.

Prinz, Jesse J., *Gut Reactions*: *A Perceptual Theory of Emotion*, Oxford University Press, 2004.

Prochnik, George, *Putnam Camp*: *Sigmund Freud*, *James Jackson Putnam*, *and the Purpose of American Psychology*, New York: Other Press, 2006.

Quammen, David, *The Reluctant Mr*. *Darwin*, New York: W.W. Norton Books.

2006.

Quinlan, Kieran, *Walker Percy*: *The Last Catholic Novelist*, Bâton Rouge: Louisiana State University Press, 1996.

Quinodoz, Jean-Michel, *The Taming of Solitude*: *Separation Anxiety în Psychoanalysis*, London: Routledge, 1993.

Rachman, Stanley, *Anxiety*, East Sussex, U.K.: Psychology Press, 1998.

— *Phobias*: *Their Nature and Control*, Springfield, III.: Charles C. Thomas Publisher, 1968.

Rachman, Stanley şi Padmal de Silva, *Panic Disorder*: *The Facts*, ed. a II-a, New York: Oxford University Press, 2004.

Radden, Jennifer, ed., *the nature of Melancholy*: *From Aristotle to Kristeva*, New York: Oxford University

Press, 2000.

Radan, Paul, *Primitive Man as Philosopher*, New York: Dover Publications, 1957.

Rank, Otto, *The Trauma of Birth*, New York: Dover Editions, 1993 (ediţia originală 1929).

Rapee, Ronald M., *Overcoming Shyness and Social Phobia*, Lanham, MD: Rowman and Littlefield, 1998.

Raskin, Marjorie, *The Anxiety Expert*: *A Psychiatrist's Story of Panic*, Bloomington, ÎN: Author House, 2004.

Reich, Wilhelm, *The Mass Psychology of Fascism*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1970.

Reiser, Morton F., *Mind*, *Brain*, *Body*: *Toward a Convergence Cf. Psychoanalysis and Neurobiology*, New York: Basic Books, 1984.

Restak, Richard, *Poe's Heart and the Mountain Climber: Exploring the Effects of Anxiety on Our Brains and Our Culture*, New York: Harmony Books, 2004.

Richardson, Robert D., *William James*: *In the Maelstrom of American Modernism*, Boston: Houghton Mifflin, 2006.

Riesman, David, *Abundance for What*? Garden City, N.Y.: Doubleday, 1964. –, *Individualism Reconsidered*, New York: Free Press, 1954.

— *The Lonely Crowd*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1961.

Roazen, Paul, *Freud and His Followers*, New York: Da Capo Press, 1992.

Robin, Corey, *Fear*: *The History of a Political Ideea*, Oxford: Oxford University Press, 2004.

Roccatagliata, Giuseppe, *A History of Ancient Psychiatry*, New York: Greenwood Press, 1986.

Roche Laboratories, *Aspects of Anxiety*, Philadelphia, PA: J.B. Lippincott, 1965.

Rorty, Amelie Oskenberg, ed., *Explaining Emotions*, Berkeley: University of California Press, 1980.

Rosenberg, Charles E. şi Janet Golden, ed., *Framing*

Disease: Studies în Cultural History, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 1997.

Rousseau, G.S. şi Roy Porter, ed., *The Ferment of Knowledge: Studies in the Historiography of Eighteenth-Century Science*, Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

Rycroft, Charles, *Anxiety and Neurosis*, Middlesex, U.K.: Penguin Books, 1968.

Rygh, Jayne L. şi William G. Sanderson, *Treating Gener*alizând *Anxiety Disorder*: *Evidence-Based Strategies*, *Tools*, *and Techniques*, New York: Guilford Press, 2004.

Saleci, Renata, *On Anxiety*, London: Routledge, 2004.

Samway, Patrick, *Walker Percy*: *A Life*, Chicago, III.: Loyola Press, 1999.

Sapolsky, Robert M., *Monkey luv and Other Essays on Our Lives as Animals*, New York: Scribner, 2005.

— *Why Zebras Don't Get Ulcers*, New York: Henry Holt, 2004.

Sarason, Irwin şi Charles Spielberger, ed., *Stress and Anxiety*, vol. 2, 4? i 5, Washington, D.C.: Hemisphere Publishing, 1975 – 1978.

Satel, Sally şi Scott O. Lilienfeld, *Brainwashed*: *How We Are Seduced by Mindless Neuroscience*, New York: Basic Books, 2013.

Saul, Helen, *Phobias*: *Fighting the Fear*, New York: Arcade, 2002.

Schelsinger, Arthur M., Jr., *The Cycles of American History*, Boston: Houghton Mifflin, 1986.

— *The Vital Center*. *The Politics of Freedom*, Boston: Houghton Mifflin, 1949.

Schneier, Franklin şi Lawrence Welkowitz, *The Hidden Face of Shyness*: *Understanding and Overcoming Social Anxiety*, New York: Avon Books, 1996.

Schreber, Daniel Paul, *Memoirs of My Nervous Illness*, New York: New York Review of Books, 2000.

Schuster, David G., *Neurasthenic Nation*: *America's Search for Health*, *Happiness*, *and Confort*, *1869 – 1920*,

New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press, 2011.

Schwartz, Barry, *The Paradox of Choice*: *Why More Is Less*, New York: Harper-Perennial, 2004.

Seely, Karen M., *Therapy After Terror*: *9/11*, *Psychotherapy*, *and Mental Health*, Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

Selye, Hans, *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress: A Treatise Based on the Concepts of the General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptations*, Montreal: Acta, 1950.

— *The Stress of Life*, New York: McGraw-Hill, 1956.

— *Stress Without Distress*, Signet, 1974.

Shapiro, David, *Neurotic Styles*, New York: Basic Books, 1965.

Sharpe, Katherine, *Coming of Age on Zoloft*: *How Antidepressants Cheered Us Up*, *Let Us Down*, *and Changed Who We Are*, New York: Harper Perennial, 2012.

Shawn, Allan, *Wish I Could Be There*: *Notesform a Phobic Life*, New York: Viking.

2007.

Shay, Jonathan, *Achilles în Vietnam*: *Combat Trauma and the Undoing of Character*, New York: Scribner, 1994.

Sheehan, David V., *The Anxiety Disease*, New York: Bantam Books, 1983.

Shephard, Ben, *War of Nerves*: *Soldiers and Psychiatrists* in the *Twentieth Century*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2001.

Shinder, Jason, ed., *Talestrom the Couch*: *Writers on Therapy*, New York: William Morrow, 2000.

Shorter, Edward, *Before Prozac*: *The Troubled History of Mood Disorders în Psychiatry*, New York: Oxford University Press, 2009.

— A *History of Psychiatry*: *From the Age of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: Wiley, 1997.

— *How Everyone Became Depressed*: *The rise and Fall of the Nervous Breakdown*.

New York: Oxford University Press, 2013.

Shute, Clarence, *The Psychology of Aristotle*: *An Analysis of the Living Being*, New York: Russell and Russell, 1964.

Simon, Bennett, *Mind and Madness în Ancient Greece*: *The Classical Roots of Modern Psychiatry*, Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1978.

Simon, Linda, *Genuine Reality*: *A Life of William James*, New York: Harcourt, Brace, 1997.

Stater, Lauren, *Prozac Diary*, New York: Random House, 1998.

Smail, Daniel Lord, *On Deep History and the Brain*, Berkeley: University of California Press, 2008.

Smith, Daniel, *Monkey Mind*: *A Memoir of Anxiety*, New York: Simon & Schuster, 2012.

Smith, Mickey C., *Small Confort*: *A History of the Minor Tranquilizers*, New York: Praeger, 1985.

Smoller, Jordan, *The Other Side of Normal*: *How Biology Is Providing the Clues to Unlock the Secrets of Normal and Abnormal Behavior*, New York: William Morrow, 2012.

Snell, Bruno, *The Discovery of Mind în Greek Philosophy and Literature*, New York: Dover Publications, 1982 (publicată pentru prima oară în 1953).

Solomon, Andrew, *The Noonday Demon*: *An Atlas of Depression*, New York: Scribner, 2001 (vezi şi *Demonul amiezii*. *O anatomie a depresiei*, trad. de Dana-Ligia Ilin, Bucureşti: Humanitas, 2014 – n.tr.).

Solomon, Robert, *What Is an Emotion*? *Classic and Contemporary Readings*, New York: Oxford University Press, 1984.

Spielberger, Charles D., ed., *Anxiety*: *Current Trends în Theory and Research*, vol. I, New York: Academic Press, 1972.

— Ed., *Anxiety and Behavior*, New York: Academic Press, 1966.

— *Understanding Stress and Anxiety*, New York: Harper and Row, 1979.

Spielberger, Charles D. şi Rogelio Diaz-Guerrero, ed., *Cross-Cultural Anxiety*, vol. 3, Washington: Hemisphere Publishing, 1986.

Spinoza, Baruch, *Ethics*: *Treatise on the Emendation of the Intellect*, Indianapolis: Hackett Publishing, 1992 (vezi şi *Etica*, trad. de Alexandru Posescu, Bucureşti: Humanitas, 2006 – n.tr.).

Stein, Dan J., *Clinical Manual of Anxiety Disorders*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2004.

Stein, Dan J. şi Eric Hollander, *Anxiety Disorders Comorbid with Depression*: *Social Anxiety Disorder*, *Post-traumatic Stress Disorder*, *Generalizând Anxiety Disorder and Obsessive Compulsive Disorder*, London: Martin Dunitz, 2002.

— *Textbook of Anxiety Disorders*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2002.

Stein, Murray B. şi John R. Walker, *Triumph over Shyness: Conquering Shyness and Social Anxiety*, New York/London: McGraw-Hill, 2002.

Stekel, W., *Conditions of Nervous Anxiety and Their Treatment*, New York: Dodd, Mead, 1923.

Stepansky, Paul E., *Psychoanalysis at the Margins*, New York: Other Press, 2009.

Stone, Michael, *Healing the Mind*: *A History of Psychiatry from Antiquity to the Present*, New York: W.W. Norton, 1997.

Stoodley, Bartlett H., *The Concepts of Sigmund Freud*, Glencoe, III.: Free Press, 1959.

Strupp, Hans H., Leonard M. Horowitz şi Michael J. Lambert, ed., *Measuring Patient Changes în Mood*, *Anxiety*, *and Personality Disorders*, Washington, D.C.: American Psychological Association, 1997.

Sullivan, Paul, *Clutch*: *Why Some People Excel Under Pressure and Others Don't*, New York: Penguin Books, 2010.

Sulloway, Frank, *Freud*, *Biologist of the Mind*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1979.

Summers, Christina Hoff şi Sally Satel, *One Nation Under Therapy*: *How the Helping Culture Is Eroding Self-Reliance*, New York: St. Martin's Press, 2005.

Symonds, Percival M., *The Dynamics of Human Adjustment*, New York: Apple-Century-Crofts, 1946.

Szasz, Thomas S., *The Myth of Mental Illness*, New York: Harper Perennial, 1974.

Tallis, Raymond, *The Kingdom of Infinite Space*: *A Portrait of Your Head*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2008.

Tanielian, Terri şi Lisa H. faycox, ed., *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive injuries, Their Conséquences, and Services to Assist Recovery*, Santa Monica, CA: RAND, 2008.

Taylor Manor Hospital, *Discoveries în Biological Psychiatry*, Philadelphia: Lippincott, 1970.

Taylor, Steven, ed., *Anxiety Sensitivity*: *Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety*, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999.

Thomson, Keith, *The Young Charles Darwin*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2009.

Tillich, Paul, *The Courage to Be*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1952 (vezi şi *Curajul de a fi*, trad. de Sorin Avram Vârtop, Bucureşti: Herald, 2007 – n.tr.).

— *A Theology of Culture*, New York: Oxford University Press, 1959.

Tolson, fay, ed., *The Correspondence of Shelby Foote and Walker Percy*, New York: W.W. Norton, 1997.

— *Pilgrim in the Ruins*: *A Life of Walker Percy*, New York: Simon & Schuster, 1992.

Tone, Andrea, *The Age of Anxiety*: *A History of America*'s *Turbulent Affair with Tranquilizers*, New York: Basic Books, 2009.

Torrey, E. Fuller şi Judy Miller, *The Invisible Plaque*: *The rise of Mental Illness from 1750 to the Present*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2001.

Tseng, Wen-Shing, *Clinician's Guide to Cultural*

Psychiatry, San Diego: Academic Press, 2003.

Tuan, Yi-Fu, *Landscapes of Fear*, New York: Pantheon Books, 1979.

Twenge, Jean M., *Generation Me*: *Why Today's Young Americans Are More Confident*, *Assertive*, *Entitled – and More Miserable Than Ever Before*, New York: Free Press, 2006.

Valenstein, Elliot S., *Blaming the Brain*: *The Truth About Drugs and Mental Health*, New York: Free Press, 1998.

van den Berg, J.H., *The Changing Nature of Man*: *Introduction to Historical Psychology*, New York: W.W. Norton, 1961.

Vasey, Michael M? i Mark R. Dadds, ed., *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, New York: Oxford University Press, 2001.

Wain, Martin, *Freud's Answer*: *The Social Origins of Our Psychoanalytic Century*, Chicago: Ivan R. Dee, 1998.

Wallin, David, *Attachment în Psychotherapy*, New York: Guilford Press, 2007.

Watt, Margo şi Sherry Stewart, *Overcoming the Fear of Fear: How to Reduce Anxiety Sensitivity*, Oakland, Calif.: New Harbinger, 2008.

Watters, Ethan, *Crazy Like Us*: *The Globalization of the American Psyche*, New York: Free Press, 2010.

Weatherhead, Leslie D., *Prescription for Anxiety*: *How You Can Overcome Fear and Despair*, London: Pierce and Washabaugh, 1956.

Weekes, Claire, *Hope and Help for Your Nerves*, New York: Signet, 1969.

Wehrenberg, Margaret şi Steven Prinz, *The Anxious Brain*: *The Neurological Basis of Anxiety Disorders and How to Efectively Treat Them*, New York: W.W. Norton, 2007.

Wellman, Lee, *My Quarter-Life Crisis*: *How an Anxiety Disorder Knocked Me Down*, *and How I Got Back Up*, Boston: Tucket Publishing, 2006.

Wender, Paul H. şi Donald F. Klein, *Mind*, *Mood*, *and Medicine*: *A Guide to the New Biopsychiatry*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1981.

Wexler, Bruce E., *Brain and Culture*: *Neurobiology*, *Ideology*, *and Social Change*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 2006.

Whitaker, Robert, *Anatomy of an Epidemic*: *Magic Bullets*, *Psychiatric Drugs*, *and the Astonishing râse of Mental Illness în America*, New York: Crown, 2010.

Wilkinson, Richard şi Kate Pickett, *The Spirit Level*: *Why Greater Equality Makes Societies Stronger*, London: Bloomsbury, 2010.

Winik, Jay, *The Great Upheaval*: *America and the Birth of the Modern World*, *178*8 – *1800*, New York: HarperCollins, 2007.

Wolf, Stewart şi Harold Wolff, *Human Gastric Function*: *An Experimental Study of Man and His Stomach*, New York: Oxford University Press, 1943.

Wolfe, Barry E., *Understanding and Treating Anxiety Disorders*, Washington, D.C.: American Psychological Association, 2005.

Wood, Gordon, *The Radicalism of the American Revolution*, New York: Random House, 1991.

Wullschlager, Jackie, *Hans Christian Andersen*: *The Life of a Storyteller*, New York: Penguin Books, 2000.

Wurtzel, Elizabeth, *Prozac Nation*, Boston: Houghton Mifflin, 1994.

Yapko, Michael D., *Depression Is Contagious*: *How the Most Common Mood Disorder Is Spreading Around the World and How to Stop It*, New York: Free Press, 2009.

Young, Allan, *The Harmony of Illusions*: *Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton, NJ.: Princeton University Press, 1995.

Young-Bruehl, Elizabeth, *Anna Freud*, ed. a II-a, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2008.

Zane, Manuel D. şi Harry Milt, *Your Phobia*: *Understanding Your Fears Through Contextual Therapy*,

Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1984.

Zeman, Adam, *A Portrait of the Brain*, New Haven, Conn.: Yale University Press.

2008.

Zilboorg, Gregory, *A History of Medical Psychology*, New York: W.W. Norton, 1941.

Zolli, Andrew? i Ann Marie Healy, *Resilience*: *Why Things Bounce Back*, New York: Free Press, 2012.

Î) Un studiu21 a descoperit că acei copii care se aflau în pântec la 11 septembrie 2001 aveau încă la vârsta de şase luni niveluri ridicate de hormoni de stres în sânge. Descoperiri asemănătoare – care au evaluat copii încă nenăscuţi şi au descoperit apoi că aceştia au ajuns mai târziu în timpul vieţii să aibă niveluri bazale mai ridicate de indicatori fiziologici de stres – au fost făcute în timpul războiului şi în alte perioade haotice.

GHICITOAREA ANXIETĂŢII 27

*) Unii istorici ai ştiinţei înglobează toate sindromele acestei „matrice a simptomelor de suferinţă” – simptome psihice ca îngrijorarea şi tristeţea şi disconfortul, precum şi simptome fizice, ca durerile de cap, oboseala, durerea de spate, insomnia şi tulburările intestinale – în categoria largă a „tradiţiei stresului” * * * îi 12. „Stresul” se poate referi deopotrivă la stresul psihic şi la cel fizic, sub forma „stresului” pus pe sistemul nervos biologic despre care medicii au început să creadă din secolul al XVIII-lea că provoca „tulburarea nervoasă”.

Îi) Burton scria că de-a lungul zilei melancolicii „sunt întruna înspăimântaţi de vreun obiect terifiant şi sfâşiaţi de suspiciune, frică, durere, nemulţunu pot să fie liniştiţi nicio oră, niciun minut” 14.

9 La începutul carierei sale, Sigmund Freud lua cocaină pentru a-şi trata anxietatea socială înainte de a participa la întâlnirile de salon organizate de unul dintre mentorii lui.9 10

*) Unii medici prescriau alcool de-a dreptul. În 1890 – 1900, Adolphus Bridger, influent medic din Londra şi autor

al unor cărţi medicale populare ca *The Demon of Dyspepsia* (*Demonul dispepsiei*) şi *Man and His Maladies* (*Omul şi maladiile sale*), le recomanda pacienţilor care sufereau de tensiune sau melancolie să bea vin de Porto şi coniac. El a scris că „un tip adecvat de alcool" 6 – în special „vinul tare de Burgundia, vinul de Bordeaux de calitate superioară, vinul de Porto, vinurile albe franceze, germane şi italiene de calitate superioară, berea brună sau coniacul" – „contribuie mai mult la restaurarea sănătăţii nervilor" decât orice alt medicament.

") Doi ani mai târziu, Bayer a lansat un alt analgezic, acid acetilsalicilic, sub denumirea comercială Aspirin. În timp, Heroin şi Aspirin ajungând omniprezente, amândouă s-au transformat din denumiri comerciale în termeni generici. Medicii de la începutul secolului trecut din America şi Marea Britanie înţelegeau întrucâtva de-a-ndoaselea modul în care funcţionau aceste medicamente şi prescriau frecvent Heroin pentru pacienţii care sufereau de dureri fizice (ceea ce, ca să spunem drept, avea oarecare sens) şi administrau Aspirin pentru „afecţiuni nervoase" (ceea ce nu avea sens).

Î) Feministele aveau preocupări asemănătoare. O serie de reclame comandate de Roche la începutul anilor '70 intenţiona să ofere un tratament pentru fetele bătrâne: „35 de ani, singură şi psihonevrotică" 31, începea

Propriile sale cercetări de laborator, precum şi observaţii naturaliste ulterioare au arătat că clorfeniramina poate fi, fără nicio modificare, la fel de eficientă ca orice SSRI existent – ceea ce este surprinzător, pentru că această substanţă e disponibilă pe piaţă, sub denumirea comercială de Chlor – Trimeton, ca medicament care se vinde fără reţetă pentru alergia la polen, încă din 1950. În 2006, cercetătorul suedez Einar Hellbom a publicat un studiu7 care sugera că pacienţii diagnosticaţi cu tulburare de panică şi care luaseră clorfeniramină pentru febra fânului au experimentat o remisiune a simptomelor de panică în timpul tratamentului; când

pacienţii nu au mai luat Chlor – Trimeton, chiar dacă au trecut la alte histaminice, mulţi dintre ei au descoperit că simptomele au revenit. Hellbom a sugerat că asta poate însemna că un antidepresiv SSRI eficient care se vinde fără reţetă stă astăzi pe raftul de medicamente antialergene din farmacie – fără ca prea mulţi medici, şi cu siguranţă niciun consumator, să-i cunoască potenţialul. „Dacă clorfeniramina ar fi fost testată în anii ’70”, scrie Hellbom, „este probabil ca un medicament SSRI ieftin să fi fost disponibil cu 15 ani înainte [de Prozac]. […] Clorfeniramina se poate să fi fost primul antidepresiv sigur, necardiotoxic şi bine tolerat. S-ar fi economisit miliarde de dolari investite în dezvoltare şi publicitate şi ar fi fost ameliorată suferinţa a milioane de pacienţi”.

Asta e surprinzător pentru mine, fiindcă am luat regulat Chlor – Trimeton în fiecare primăvară în timpul copilăriei mele. Întotdeauna am atribuit ameliorarea depresiei şi anxietăţii mele în lunile aprilie şi mai faptului că ziua începea să fie mai lungă şi că se apropia sfârşitul anului şcolar. Dar articolul lui Hellbom mă face să mă întreb dacă îmbunătăţirea dispoziţiei mele afective şi diminuarea tensiunii pe care le resimţeam în fiecare primăvară nu erau efectul expunerii mele la Chlor – Trimeton, întâmplătorul SSRI.

I) Puternica asociere predictivă între frica de câini din copilărie şi disfuncţia de la vârsta adultă ar putea să însemne că o fobie de câini ar *cauza* cumva fobia socială, depresia sau dependenţa de droguri de mai târziu. Sau ar putea însemna că frica de câini din copilărie şi depresia de la vârsta adultă tind să fie provocate de aceleaşi tipuri de circumstanţe de mediu – o copilărie petrecută într-un mediu defavorizat, să spunem, unde pit bullii periculoşi sunt o ameninţare reală şi unde trauma timpurie sau privaţiunea pot pune baza neuronală a depresiei de mai târziu. Sau ar putea să însemne că frica de câini şi depresia sau dependenţa de droguri de la vârsta adultă sunt indicatori comportamentali diferiţi ai aceluiaşi aspect

genetic – acelaşi cod care te predispune la frica de câini poate să te predispună şi la depresie. Sau, în sfârşit, poate că frica de câini din copilărie este de fapt *exact acelaşi lucru* cu tulburarea de panică sau depresia de la vârsta adultă. Adică se poate ca fobia din copilărie şi depresia de mai târziu să fie aceeaşi afecţiune care îşi urmează desfăşurarea prin diferite stadii de dezvoltare, în fiecare stadiu manifestându-se simptome diferite. După cum am menţionat, fobiile specifice tind să apară timpuriu – la jumătate dintre toţi oamenii care vor avea vreodată o fobie în viaţa lor fobia apare între şase şi 16 ani –, aşa că poate o fobie de câini este pur şi simplu primul simptom al unei tulburări mai extinse, la fel cum o durere în gât poate prevesti o răceală.

Î) Provocau şi dependenţe de medicamente. Aşa cum afluenţa de după cel de-al Doilea Război Mondial va duce la hăpăirea frenetică de Miltown, Librium şi Valium, presiunile competiţiei de la sfârşitul secolului al XIX-lea au provocat o creştere alarmantă a numărului de „opiomani”. În *Confessions of an American Opium Eater*: *From Bondage to Freedom* (*Confesiunile unui opioman american*: *de la subjugare la libertate*) din 1895, Henry G. Cole susţinea că „invenţiile noastre mecanice, răspândirea comerţului nostru, […] ambiţia noastră de onoruri politice şi goana după funcţii aducătoare de profit; goana noastră nebună după îmbogăţire rapidă, care implică incitări febrile […] [şi] creşterea atât de rapidă şi în unele moduri atât de anormală, [s-au combinat şi au dus la] încordarea mentală [care] a ajuns prea grea pentru a fi suportată de sistemul fizic; până când, în cele din urmă, corpul suprasolicitat şi împovărat peste măsură trebuie […] să-şi găsească pacea în consumul repetat de opiu sau morfină”.

l) Mă simt înfrăţit cu Burton pentru că el a recunoscut că a scris despre melancolie ca să lupte împotriva propriei melancolii: „Scriind despre melancolie mă îndeletnicesc cu evitarea melancoliei” 43. (Eu scriu despre anxietate ca să nu fiu anxios.)

”) Plutarh, biograf şi istoric, a descris în culori vii şi precis modul în care ceea ce am numi astăzi depresie clinică poate provoca o escaladare a anxietăţii. Oricine a suferit tortura insomniei provocate de depresia agitată – în care